

**Alumno**

García Salazar Paola Ivonne

**Matricula**

99864

**Grupo**

LP20

**Materia**

Psicoterapia breve y en crisis

**Docente asesor de la materia**.

Mtra. Heydi Montalvo

**Actividad 4.**

Desarrollando un plan de tratamiento

Playa del Carmen, Quintana Roo. 23 de Noviembre del 2020.

**Desarrollando un plan de tratamiento**



**CASO CLINICO**

**Criterios DSM-V para el diagnóstico de trastorno de Ansiedad por separación (F93.0)**

**A.** Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.

Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej. perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.

Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej. dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de figuras de mayor apego.

**B.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

**C.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**D**. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** María (M) es una niña de 3,1 años de edad adoptada y llega a España a la edad de 11 meses. Tiene un hermano, también adoptado, de 6 años y ambos padres de 40 años. El nivel sociocultural de la familia es medio-alto y los padres muestran una relación positiva entre ellos, siendo una familia bien organizada y unida.

**Motivo de consulta**

Los padres acuden a consulta derivados por su pediatra por los problemas de ansiedad de separación y de conducta especialmente durante el último año Estas dificultades interfieren negativamente en la dinámica familiar, asimismo presenta problemas de lenguaje.

**Breve historia personal**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | María |
| **Edad:** | 3 años |
| **Sexo:** | femenino |
| **Lugar de origen:** | Nepal. |
| **Hermanos** | Tiene un hermano también adoptado de 6 años. |
| **Domicilio:** | España |
| **Nivel socioeconómico:** | Medio-alto |
| **Tiempo de residencia:** | De los 11 meses de edad hasta sus tres años actuales. |
| **Religión:** | Católica |
| **Referido de:** | Los padres adoptivos. |
| **Número de teléfono:** | 34 66994 4166 |
|  |  |
| **Entrevistador:** | Paola Ivonne García Salazar |

1. **ENTREVISTA CLÍNICA:**

**Historia del trastorno :**

La ansiedad por separación (AS) es una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre). La AS es un fenómeno normal, esperable y obligado del desarrollo infantil, que comienza a manifestarse alrededor de los 6 u 8 meses de edad1 . La AS permite que el niño desarrolle paulatinamente su capacidad de estar a solas. Contribuye activa y necesariamente a este proceso la figura de apego que el niño dispone. El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas. En este caso el niño no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él.

**Aspectos epidemiológicos del TAS**

El TAS es uno de los trastornos de ansiedad más común en los niños. Los reportes de prevalencia en varios estudios van desde un 2,4% a 5,4%5 . La prevalencia de trastornos con sintomatología ansiosa es mucho mayor pudiendo llegar hasta al 50% en niños. En muestras epidemiológicas se ha observado que el TAS tiende a ser más frecuente en mujeres, aunque otros estudios no han demostrado diferencias por género, sí han encontrado que los niños reportan mayor número de síntomas ansiosos comparados con los adolescentes.

Uno de los rasgos evolutivos de la infancia consiste en manifestar ansiedad cuando se prevé o tiene lugar la situación de ser separado del hogar o de las figuras afectivas a las que se está vinculado. En cambio, si este miedo resulta excesivo, persistente y no esperado para el nivel de desarrollo mental del niño, puede constituir el trastorno de ansiedad por separación (TAS; American Psychiatric Association, 2013).

Para detectar un Trastorno de ansiedad De manera inicial, se le debe de realizar el siguiente cuestionamiento al sujeto, siendo que si responde de manera afirmativa a cualquiera de las preguntas, es necesario hacer una evaluación más profunda (Heinze y Camacho, 2010):

¿Se ha llegado a sentir continuamente intranquilo, temeroso, nervioso o preocupado?

¿Ha llegado a sentirse con una crisis de pánico, en la que de pronto llegó a sentir  
que le iba a dar un infarto ?

¿Existe alguna circunstancia o cosa que le provoque mucho temor, como la oscuridad,  
arañas, alturas o alguna otra cosa?

¿Ha llegado a ser víctima de alguna situación traumática, por ejemplo un asalto,  
secuestro o abuso, del cual, con tan sólo recordarlo le vuelva a dar un miedo  
paralizante?

**Inicio del problema:**

Al mes de nacer M. ingresa en una institución donde convivía junto con otros 30 niños. A los 9 meses, estuvo con una familia de acogida hasta el momento de la adopción. Los padres indican que no parecía haber establecido vínculo con una figura de referencia, ni en el orfanato ni con la familia de acogida. Al llegar a España, la exploración médica realizada refleja un buen estado de salud. No ha sufrido enfermedades relevantes.

En los hitos evolutivos, el desarrollo motor fue lento, anduvo a los 18 meses, actualmente, es ágil tanto en la motricidad fina como en la gruesa. respecto a los hábitos de autonomía, fueron adquiridos con normalidad (esfínteres, alimentación, sueño y vestido). En el área de la comunicación y el lenguaje, en el momento de la adopción los padres no apreciaban problemas en la comprensión y, a nivel expresivo, producía vocalizaciones y su evolución fue lenta. Actualmente continúa con retraso y recibe estimulación en su centro escolar. A lo largo del proceso de adaptación a la familia presentó problemas de conducta, y actualmente, continúa manifestándolos, aunque en menor medida: es retadora, se frustra con facilidad y utiliza el silencio como forma de llamar la atención. A nivel social, la describen como una niña tímida, retraída, miedosa, meticulosa y ordenada. Los cambios le cuestan, mostrándose poco flexible. Además, informan de la dificultad para separarse de la madre limitando la vida social de la niña y de la familia. Ante estas situaciones la madre se angustia y la atiende y coge en brazos porque atribuye que su hija "se siente poco querida" tiene "falta de afecto" y "tiene miedo de que la abandonen".

Fue escolarizada en guardería a los 17 meses con problemas de adaptación, estableciendo con su profesora un vínculo especial, no separándose de ella mientras permanecía en la escuela. Con el inicio de Educación Infantil también, a los 2,9 años, también tardó en adaptarse, llorando de forma persistente durante los dos primeros meses. Se mostraba inhibida y rehusaba hablar con los profesores y los niños. Los profesores también atribuían que estos comportamientos eran debidos a "la necesidad de afecto de la niña".

**Frecuencia:** Diario

**Repercusiones:** dentro de las características temperamentales muestra baja tolerancia a la frustración, ansiedad, inhibición.

**Tratamientos anteriores y respuesta a ellos:** Ninguno

**Enfermedades médicas y fármacos que toma actualmente**: No ha sufrido enfermedades relevantes.

**Algún otro tipo de trastorno psiquiátrico:** Ningún otro.

**Consumo pasado y actual de alcohol y otras sustancias**: Ninguna

**Evaluación**

La valoración se lleva a cabo tanto con los padres como con la niña. El análisis de las características familiares (ansiedad, manejo del estrés, estilo educativo, atribuciones y expectativas parentales, etc.) permite establecer un tratamiento ajustado e individualizado a la familia y descartar otras patologías que puedan acentuar el problema inicial o interferir en el tratamiento.

Asimismo se evalúo a la niña; se recogieron datos sobre las respuestas de ansiedad, su conducta, así como su nivel de desarrollo general (cognitivo, lenguaje y comunicación, motricidad, percepción), con el fin de establecer una línea base del problema.

Los padres cumplimentaron cuestionarios y registros sobre la conducta y los problemas de ansiedad que su hija manifestaba ante la separación de la madre. También, se contactó con el colegio para obtener información.

En las sesiones de evaluación estuvo presente la madre M. habló escasamente, se mostró inhibida y poco colaboradora. No mostró interés por explorar el ambiente ni por los juegos presentados. Sin embargo, su colaboración fue mejorando a lo largo de los 3 días de evaluación, siendo capaz de ejecutar las tareas, aunque solicitando siempre el contacto físico de su madre.

Los resultados de la evaluación indicaron que el desarrollo cognitivo general de la niña era medio, correspondiente a 3,0 años de edad (McCarthy, 1986). Sin embargo, se situaba por debajo de los 2, 6 años en las tareas donde se exigía lenguaje oral en las que mostró escasa colaboración (Escala Verbal y de Memoria).

Respecto al lenguaje y comunicación se evalúo el desarrollo en los aspectos formales (organización sintáctica, vocabulario y pronunciación) y pragmáticos, con el fin de distinguir los problemas lingüísticos de los socio-emocionales. Se utilizaron pruebas de comprensión del lenguaje (escala A de comprensión Reynell, 1989), Registro Fonológico (Bosch, 2004) y Muestras de Lenguaje Espontáneo durante el juego con la madre, en sesión y en casa. Para la información del colegio se utilizó un Cuestionario de Comunicación (Tough, 1987). Los resultados indicaron un nivel de comprensión lingüístico correspondiente a su edad y en el lenguaje expresivo un retraso de un año, tanto en los aspectos morfo-sintácticos como fonético-fonológicos. En los aspectos pragmáticos aparecía un bajo nivel de toma de iniciativas y evitaba hablar con la terapeuta y los padres en la sesión. No obstante, en la interacción con los padres, en el contexto familiar, su comunicación era mayor. A nivel escolar la profesora informaba de expresión espontánea tanto con los adultos como con otros niños, aunque contestaba lacónicamente.

Para valorar la ansiedad, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia (CASI-T, González, Méndez e Hidalgo, 2008) para cada progenitor, que evalúa la ansiedad por separación de 3 a 5 años en tres sub escalas: (1) ante la pérdida o daño de un ser querido (Pc,85), (2) relacionada con dormir (Pc,65) y (3) ante acontecimientos cotidianos (Pc,99). Todas las puntuaciones se encontraban significativamente por encima de la media.

En el Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes se utilizó la escala BASC (Reynolds, Kamphaus y Randy, 1992) para padres, y se obtienen puntuaciones significativas en las escalas clínicas relacionadas con los Problemas de Conducta (T. 81), con los sentimientos de tristeza y estrés (Depresión, T. 83), con la tendencia a estar asustada, preocupada o nerviosa (Ansiedad T. 72) y con la tendencia a ser excesivamente sensible (Somatización T. 85). En las dimensiones globales evaluadas se observaba una tendencia al control excesivo de la conducta (Interiorización, T. 89). En este mismo cuestionario para la profesora, también eran significativas las escalas clínicas de Depresión (T. 78) y Ansiedad (T. 81), así como en las dimensiones globales en Interiorización de Problemas (T. 83).

Registros de Conducta. Para obtener información de la conducta de la niña en el contexto familiar, en relación con la de los padres, se realizaron registros de Conducta. Se les entrenó para que registraran las respuestas de ansiedad de la niña y las consecuencias que recibía por parte de ellos. Asimismo, debían anotar las situaciones antecedentes y la respuesta emocional que ellos sentían ante la conducta problema de su hija.

Los registros indicaban que las situaciones que generaban ansiedad en la niña estaban relacionadas con la ausencia de la madre, ir al colegio, quedarse con el padre en casa, ir a casa de sus abuelos y quedarse sola jugando con otros niños en fiestas familiares o de amigos, incluso estando la madre presente. Los comportamientos de la niña eran sistemáticos y similares en todas las situaciones, como llorar, no hablar, buscar contacto físico, no separarse, aunque variaban en intensidad, frecuencia y duración en función de la familiaridad del contexto.

Las consecuencias o respuestas de los padres variaban, por un lado atendían con preocupación a la niña; intentar calmarla con caricias, explicarle que no pasaba nada, etc. (refuerzo positivo). En otros momentos, de mayor intensidad de la conducta de la niña, reiteración o aumento de la exigencia, los padres rechazaban o sancionaban a la niña, mostrando enfado y desaprobación, mediante expresiones verbales y no verbales. Sin embargo, finalmente ante la ansiedad de la niña los padres evitaban la separación y permanecían con ella (castigo y refuerzo negativo).

Ante estas situaciones la madre registraba el grado de preocupación o ansiedad que percibía por la conducta de su hija, reflejando una puntuación media de 8, en una escala de 0 a 10. La madre relacionaba sus altos niveles de ansiedad con su falta de recursos para controlar estas conductas, con su propia preocupación por no poder generar estrategias de afrontamiento a su hija, así como por la atribución de la carencia de afecto sufrido por la niña en el pasado.

Paralelamente, se observó la capacidad para separarse de la madre en distintas situaciones dentro de la sesión, con el fin de establecer la línea base para iniciar el tratamiento. M. no aceptó distancia de separación con su madre, manifestando llanto persistente y no fue capaz de separarse físicamente de ella, requiriendo mantener contacto físico.

Se grabó el Perfil de Interacción madre-hija ( Rustin, Botterill y Kelman, 1996); se le indicó que jugara con la niña y conversara, tal como "lo haría en casa" para observar la interacción entre ambas. En la relación se analizaron ambas conductas, especialmente la de la madre, atendiendo tanto a los aspectos verbales como a los no verbales. Se aprecia que cuando M. manifiesta las conductas de apego desajustadas (sentarse encima de la madre, llorar, negarse a realizar aquello que se le plantea, etc.), la madre establece límites, aunque no es capaz de mantenerlos, mostrándose permisiva con aquello que la niña pretende realizar.

En la historia clínica los padres describieron a la niña conductualmente, como inhibida, tímida y precavida ante situaciones nuevas, especialmente en contextos desconocidos, respondiendo con evitación social y emocional. Estas manifestaciones cuando se han producido a lo largo del desarrollo de manera recurrente se definen como temperamento inhibido (Thomas y Chess, 1977).

En el análisis funcional de la conducta se valoró que las respuestas parentales no sistemáticas ante los problemas de conducta y de ansiedad dificultaron el desarrollo socio-emocional y el proceso del establecimiento vinculo, reforzando involuntariamente sentimientos de inseguridad en la niña.

Asimismo, los padres bajo condiciones de estrés tenían dificultades en ayudar a la niña a sentirse segura y cuando los problemas de conducta aumentaban se incrementaba el estrés de los padres y les llevaba a percibirla como "difícil".

Por otro lado al considerar a su hija como frágil y vulnerable se genera un estilo de protección, limitando su conducta de manera inapropiada y dificultando la adquisición de habilidades autónomas que debía adquirir durante su desarrollo.

Los problemas de lenguaje no justificaban las dificultades sociales, o problemas de conducta, ya que su capacidad comunicativa era funcional a nivel cotidiano en casa y en la escuela.

**DIAGNÓSTICO**

La niña presenta un Trastorno de Ansiedad por Separación según el DSM-IV-Tr (APA, 2002). Paralelamente, las características temperamentales (baja tolerancia a la frustración, ansiedad, inhibición) y el estilo parental inconsistente han influido de forma negativa en el mantenimiento de las conductas problema de la niña y en un proceso inadecuado de formación del vínculo

**PLAN DE INTERVENCIÓN**

La intervención para disminuir la ansiedad por separación, los problemas de conducta y favorecer el establecimiento del vínculo se llevó a cabo con terapia cognitivo conductual, fundamentalmente con los padres, en un modelo basado en el entrenamiento de los padres con la niña, con técnicas operantes, y desde la perspectiva del desarrollo y de la vinculación (Eyberg, 1988; Echeburúa, 2006, Méndez, Orgilés y Espada, 2008).

**Técnicas usadas y que han mostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación son:**

**Entrenamiento de padres y otros educadores en los principios de las técnicas operantes**: fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del niño/a y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente.

**Exposición gradual en vivo a las situaciones de separación:** se prepara una lista de situaciones ordenadas de menos a más temidas. Progresivamente el niño se va exponiendo a cada una. En las primeras sesiones es acompañado por alguna persona significativa, para gradualmente ir el paciente haciendo frente sólo a las situaciones con lo que aumentará su confianza. A la larga el objetivo es que sea el propio paciente el que haga una auto exposición regular y en su contexto habitual, para que, finalmente soporte las situaciones de separación con la menor ansiedad posible.

**Relajación:** es una respuesta incompatible con la ansiedad (no se puede estar relajado y ansioso a la vez) que sirve para afrontarla. Lo más habitual es emplear la *Relajación* Progresiva de Jacobson que se basa en ejercicios de tensión-distensión que muestran las diferencias entre relajación y tensión. Para niños menores de 8 años las sesiones son más cortas, de unos 10-15 minutos para mantener su atención y no fatigarle, se usan instrucciones cortas y claras, también modelos para que aprenda mejor el procedimiento de relajación, así como materiales que facilitan el aprendizaje como muñecos o silbatos.

**Otros métodos de relajación:** la risa, el juego, la música, etc.

**Técnicas de modelado:** se usa un modelo real o no, que se enfrenta a la situación temida gradualmente y sin sufrir consecuencias negativas. Lo más efectivo es que el modelo esté de cuerpo presente y que el niño participe repitiendo las conductas del modelo animado y apoyado emocionalmente por éste. Estas técnicas se usan reforzando al niño sistemáticamente a medida que se anima a realizar las conductas del modelo, y dándole indicaciones de cuál es la forma de proceder (las llamadas “guías físicas”). Es importante que el modelo resulte atractivo para el niño, se asemeje a él, y sea un modelo de afrontamiento y no de dominio. Mientras más modelos de este tipo mejor. Atender a la tarea es muy necesario.

**Imágenes emotivas:** la niña ha de imaginar situaciones diarias donde participan sus personajes favoritos, lo cual genera emociones gratas. Progresivamente se dice al niño que imagine situaciones que le provoquen algo de ansiedad, para ir pasando a otras más angustiantes. Las emociones positivas del principio de la técnica tienen un efecto de inhibición sobre la angustia posterior.

**Práctica reforzada o moldeamiento:** se pacta un objetivo final (ir solo al colegio por ejemplo) y se fragmenta en una serie de objetivos intermedios que vayan de la situación actual en que se encuentra el niño al objetivo último. Luego se va premiando la consecución de cada uno de los objetivos parciales, para así llegar al objetivo final. Esta técnica también usa la guía física. Es importante ir dejando de reforzar las conductas de evitación e ir informando al niño del desarrollo de la técnica.

**Técnicas cognitivas:** se trabajan aquellos pensamientos o imágenes que podrían estar implicados en el trastorno. Fundamentalmente, en este trastorno, se usan las auto instrucciones positivas. Se trata fundamentalmente de invitar al niño a que cambie la forma de hablarse a sí mismo, pasando del “no puedo hacerlo”, “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”. Esta técnica, sin embargo, requiere de unas ciertas habilidades intelectuales, que la hacen inadecuada para niños de reducida edad que aún carecen de éstas.

**Objetivos**

Disminución de la respuesta de ansiedad de la niña por aproximaciones sucesivas.

Entrenamiento de los padres en sesión en el refuerzo discriminativo de las conductas positivas y en la extinción de los comportamientos inadecuados.

Se utilizó la técnica de modelado de conductas apropiadas y se proporcionó habilidades de afrontamiento ante las experiencias estresantes de la niña.

Técnicas cognitivas de control de la ansiedad en los padres ante las situaciones de estrés**.**

Ajustar expectativas en relación al momento de desarrollo en el que se encuentra la niña y respecto al proceso del establecimiento del vínculo.

Proporcionar normas de conducta adecuadas en casa y en el colegio.

La intervención se llevó a cabo de forma paralela con los padres en sesión con su hija y de forma independiente en sesiones de padres.

**Intervención con los padres**

En la primera sesión se informó a los padres sobre la frecuencia, características, repercusiones negativas y posibles causas o factores de predisposición a la ansiedad por separación. Se les explicó que la ansiedad por separación forma parte de una etapa del desarrollo y que aproximadamente un 40 por 100 de la población infantil lo experimenta (Méndez, 2008). En general, los problemas que su hija presentaba no eran debidos solo a una causa sino a la interacción de diferentes factores, genéticos, psicológicos y sociales. Por un lado, la niña mostraba un temperamento difícil e inhibido y las conductas negativas o inadecuadas no eran intencionadas, sino que eran el reflejo de factores temperamentales, emocionales, de interacción y de falta de estrategias para poder afrontar con éxito la ansiedad.

Por otro lado, se les expuso que los comportamientos problemáticos de la menor se estaban manteniendo en el tiempo por las consecuencias que obtenía. Estas consecuencias son las respuestas y actitudes que los padres emitían, sin ánimo de que provocaran este efecto. De esta forma, involuntariamente podían favorecer que la niña volviera a reiterarlos en situaciones similares.

Por otro lado las actitudes de protección permitían a la niña evadir las exigencias cuando no se la considera capaz de afrontar estas peticiones. Las respuestas de ansiedad eran acogidas y atendidas con preocupación (reforzadas) y en ocasiones de mayor intensidad, reiteración o aumento de la exigencia, eran rechazadas o sancionadas por ellos. Este era un claro paradigma del estilo protector que los progenitores mostraban favoreciendo conductas dependientes, reduciendo posibilidad de resolver problemas de forma autónoma y reforzando la ansiedad de la niña. Además la propia ansiedad que ellos manifestaban dificultaba el manejo adecuado del problema. Por tanto, se proporcionaron recursos para manejar su ansiedad, con base en la información recogida por los propios padres en los registro de conducta, que realizaban semanalmente desde el comienzo de la intervención.

**Ajustar la exigencia a su nivel de desarrollo**

Igualmente, se enfocó la conducta de la niña desde la perspectiva del desarrollo para que comprendieran que la adaptación a las situaciones estresantes dependía de un proceso en el que intervenían tanto la niña como ellos mismos. Sus expectativas hacia la conducta de la niña debían ser ajustadas a la capacidad de respuesta emocional que era capaz de manifestar ante situaciones nuevas, no esperadas o frustrantes. Con los padres se trató la necesidad de desarrollar expectativas apropiadas sobre lo que la niña era capaz de conseguir y favorecer el establecimiento de límites, demostrándoles en sesión la capacidad que la niña poseía para resolver estas situaciones con éxito.

**Modificar las atribuciones desajustadas de la respuesta de ansiedad y el estilo de protección de los padres**

Se programó aumentar el grado de independencia de la niña ya que los padres interferían en su actuación, reducían sus elecciones y restringían su conducta de manera inapropiada, lo cual limitaba la adquisición de habilidades autónomas que debía adquirir durante su desarrollo. La consecución de conductas autónomas y el aumento de la capacidad de la niña de tolerar la separación, sin mostrar ansiedad, favoreció el establecimiento de una relación emocionalmente más adecuada y la evolución de su capacidad de autorregulación emocional.

**Técnicas operantes**

Se enseñó a los padres a reforzar positivamente las conductas adecuadas de la niña con los reforzadores específicos. Asimismo, ante el comportamiento inadecuado se les indicó cómo seleccionar otra conducta apropiada incompatible.

Igualmente se les mostró el uso de la extinción para disminuir o eliminar las conductas inadecuadas, indicando cuándo utilizarla.

También se les hizo reflexionar sobre la necesidad de poner límites a la niña, ya que de esa forma tendría claro qué podía hacer en cada situación. Se dieron pautas por escrito:

Ser firmes: mostrarse cariñosos pero firmes es la forma de decirle que deje de realizar ese comportamiento inadecuado.

Poner normas claras para que la niña comprenda qué es lo que se espera de ella.

Formular las pautas de manera positiva, es decir, informar sobre lo que se puede hacer y no sobre lo que no se puede realizar.

Ser consistentes. Los límites deben cumplirse siempre que las circunstancias sean las mismas.

Explicar de forma breve y ajustada a su edad el porqué de las normas.

Al castigar una conducta desaprobar el comportamiento y no a la niña.

**Creencias sobre la formación del vínculo en los niños adoptados**

Se les informó que el vínculo es una relación afectiva que se establece entre padres e hijos y que se va construyendo en la medida en que los padres van proporcionando los cuidados, el afecto y el cariño necesarios de forma estable e invariable. El niño tiende a establecer un apego seguro en sus primeros años, entre los dos y tres años de edad (Bowlby, 1993). En los niños adoptados el vínculo también depende, entre otros, de estos factores y los estudios indican que generalmente los padres establecen vínculos fuertes con sus hijos adoptivos (Dozier y rutter, 2008).

**Factores de la formación de un apego seguro**

A lo largo del tratamiento se favorecieron actitudes y conductas en los padres que además de reducir las respuestas de ansiedad y los problemas de conducta, facilitaran un apego seguro de la niña. Se explicó que las características de los padres, identificados como favorecedores de un apego seguro, son aquellos que ofrecen respuestas cálidas cuando el niño se encuentra en una situación estresante y proporcionan apoyo y modelo adecuado de cómo actuar; mantienen expectativas apropiadas a las capacidades del niño y un ambiente familiar estructurado con normas claras y adecuadas en la casa (Werner, 1993).

Se realizaron sesiones semanales de 1 hora de duración y, en la medida que se evaluaron avances en los recursos de los padres y en la niña, se redujeron a quincenales.

**Intervención con la niña y la madre en sesión**

La intervención se llevó a cabo a lo largo de 30 sesiones, dos semanales, de 30 minutos de duración.

Listado de refuerzos:

Se elaboró un listado de reforzadores específicos para emplear contingentemente con las conductas adecuadas en las sesiones de tratamiento (pompas, juegos de ordenador, galletas y sugus), (Moreno, 2002).

Aproximaciones sucesivas a la separación de la madre:

Al inicio se programaron situaciones de aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo (separarse) y se reforzaron a medida que se lograban. Para demorar el refuerzo, se proporcionaba a la niña información visual (con dibujos) tachando imágenes que la indicaban el paso del tiempo y la aproximación del refuerzo (la cercanía y la aparición de la madre).

Jerarquía de situaciones en función del distanciamiento de la madre y del tiempo:

Partiendo de la línea base establecida en la evaluación se intervino inicialmente con la madre dentro de la sesión, graduando la distancia de la madre con la niña y los tiempos de tolerancia a la separación.

**Separación pasiva,** es decir la niña permanecía en el mismo lugar y la madre se distanciaba. Por ejemplo:

La madre sentada en el despacho al lado de la mesa de trabajo con la niña sentada encima de ella.

Sentada al lado de la niña en otra silla.

Sentada en el despacho lejos de la niña.

De pie con la puerta abierta del despacho.

De pie en el pasillo con la puerta abierta, fuera del campo visual de la niña.

Sentada en la sala de espera.

**Separación activa***,* en un segundo nivel, la niña es la que se traslada de un lugar a otro del centro, alejándose activamente de la madre (Méndez et al., 2008).

Por ejemplo:

Trasladarse al despacho de al lado con la terapeuta.

Trasladarse a una sala distante del lugar de trabajo con la niña.

Saludar a la madre en la sala de espera y volver al lugar de trabajo.

**Tiempos:**

Se graduaron los tiempos en cada uno de los niveles de separación, empezando por la línea base, de 2 segundos y posteriormente se aumentó el tiempo gradualmente en función de la tolerancia de la niña, hasta conseguir los 30 minutos que duraba la sesión de tratamiento.

Listado de conductas adecuadas, con y sin la madre en sesión:

También se especificaron las conductas de participación que la niña debía emitir en la sesión para ser reforzadas, sin la intervención de la madre. Por ejemplo:

Permanecer sentada en la silla.

Usar el lenguaje oral o gestual para comunicarse.

Participar en los juegos propuestos en la sesión.

Proporcionar ayudas externas para favorecer la separación (Méndez et al., 2008).

Se usaron estímulos discriminativos sociales y verbales como *"* vamos que ya eresmuy mayor", "mamá viene enseguida",o físicos, como "ayudarla a mantenerse sentada" o"establecer contacto corporal en el traslado de un lugar a otro".

**control de evolución**

Desde el tercer mes de tratamiento, los padres reconocieron como las orientaciones y pautas habían mejorado la percepción de la dificultad de la niña, que disminuyó progresivamente de una media de 8 hasta alcanzar una media de 2 (en la escala de 0 a 10). Esta reducción les permitió controlar su preocupación e inseguridad ante los comportamientos de su hija. La frecuencia de las conductas de ansiedad e inhibición de la niña disminuyeron quedando recogidas en los registros.

La colaboración de los padres fue constante. Aprendieron a usar de forma adecuada tanto el refuerzo como la extinción, así como las pautas de conducta que se les iban dando durante las distintas sesiones. El uso de los registros de conducta les sirvió para comprender qué determinados comportamientos de la niña estaban relacionados con sus reacciones y también para observar qué el cambio en su forma de actuar favorecía la aparición de conductas nuevas y ajustadas en la niña.

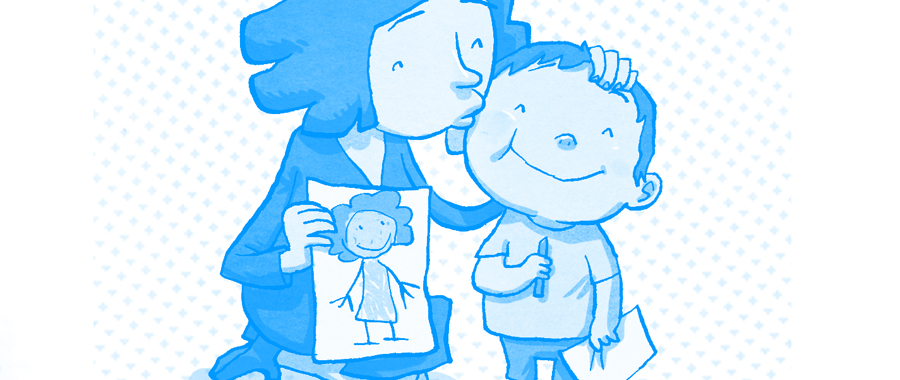
Paralelamente los padres fueron cambiando gradualmente su forma de reaccionar sobreprotectora y el grado de autonomía de la menor mejoró siendo más independiente. La conducta de la niña fue variando, mostrándose más comunicativa y consiguiendo ampliar los tiempos de separación tanto en el contexto familiar como en otras situaciones sociales.

**Seguimiento**

A los 6 meses de tratamiento se realizó una nueva valoración, con el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia (CASI-T, González, et al., 2008) y mostró una mejoría en las tres sub escalas con respecto a la evaluación inicial: (1) ante la pérdida o daño de un ser querido (Pc,60), (2) relacionada con dormir (Pc,50) y (3) ante acontecimientos cotidianos (Pc,60). A partir de este momento, se inició otra fase de tratamiento.

**CONLUSIÓN**

La ansiedad por separación resulta problemática cuando sus síntomas característicos, como la angustia o la resistencia, se experimentan de manera intensa y constante. El trastorno que se deriva de esta excesiva manifestación ansiosa tiende a iniciarse en la infancia y a continuar en la adolescencia, causando graves consecuencias en la adultez. Por tanto, resulta conveniente detectar y tratar esta patología lo antes posible.



**REFERENCIAS**

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-Tr. Texto revisado. Barcelona. Ediciones Masson.

American Psychiatric Association (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Editorial Akadia. 2da. Edición. Pp. 15 – 26, 29 – 49 recopilado del extracto de IEU.

Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales,afectivos y psicóticos. Recopilado del extracto de IEU.

Echeburúa, E. (2006). Trastorno de Ansiedad en la Infancia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy; Integration of Traditional and Behavioral Concerns. Child and Family Behaviour Therapy. 10, 33-46.

McCarthy, D. (1986). MSCA. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños. Madrid: TEA Ediciones.

Méndez F., Orgilés M. y Espada J. (2008). Ansiedad por separación. Psicopatología, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide.

Pacheco B, Sandoval C y Torrealba A. C. ( 2008) Episodio depresivo en adolescente con Trastorno de Asperger.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, r. W. (1992). BASC: Sistema de Evaluación del Comportamiento para Niños: Manual. Madrid: TEA Ediciones.

Rustin, L., Botterill, E. y Kelman, E. (1996). Assessment and Therapy for Young Dysfluent Children: Family Interaction. San Diego: Singular Publishing Company

Sogorb F.A; Flores A, Del Pilar M; Hernández A;Solano U y Encarnación M. (2018) ANSIEDAD POR SEPARACIÓN: VALIDEZ Y FIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN International Journal of Developmental and Educational Psychology.

Thomas, A. y Chess, S. (1977). Temperament and development. New york: Brunner/Mazel.

Tough, J. (1987). El lenguaje oral en la escuela. Madrid: Visor