



2008, 14(2-3), 253-264

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN UNA NIÑA DE 4 AÑOS

Ana María Jurado Solórzano y Vanessa Fernández-López

Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El trastorno de ansiedad por separación (TAS) se caracteriza por la presencia de elevados niveles de ansiedad, clínicamente significativos, ante la separación de las figuras a las que el individuo se siente estrechamente vinculado. Diversos estudios destacan las técnicas conductuales como el abanico de estrategias más eficaces para el abordaje de dicho trastorno. En este trabajo se describe el tratamiento llevado a cabo con una niña de 4 años de edad que presenta síntomas de TAS. Se detallan las técnicas empleadas para la evaluación y tratamiento siguiendo una perspectiva fundamentalmente conductual así como una conceptualización teórica del trastorno. Finalmente, se discuten los resultados obtenidos después del tratamiento.

Palabras Clave: ansiedad infantil, trastorno de ansiedad por separación, tratamiento conductual, exposición gradual, reforzamiento, extinción.

Abstract: Separation anxiety disorder (SAD) is characterised by high and clinically significant levels of anxiety when the child has to be separated from the ones to whom he or she is closely attached. Behavioural techniques are emphasised by several studies as the broadest and most efficient strategies for treating SAD. In the present article, the treatment of a 4 year old child with SAD symptoms is described. The assessment instruments and behavioural strategies used during treatment are explained as well as the theoretical conceptualization of this disorder. Finally, results obtained after treatment are described.

Key words: Child anxiety, separation anxiety disorder, behavioural treatment, gradual exposure, reinforcement, extinction.

Title: *Behavioural Treatment of a 4 year-old child with Separation Anxiety Disorder*

Diversos estudios señalan (Bragado, Carrasco, Sánchez, & Bersabé, 1996; Cronk, Slutske, Madden, Bucholz, & Heath, 2004; Nissen, 2001; Taboada-Jiménez, Ezpeleta-Ascaso, & de-la-Osa, 1998) que en la edad escolar, aproximadamente entre un 10-15% de los niños presenta algún trastorno de ansiedad. Dentro de éstos, el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) presenta

una elevada incidencia, de aproximadamente un 4% (American Psychiatric Association, 2002), sobre todo entre los niños preescolares. Sin embargo, frecuentemente es confundido con otro tipo de trastornos que resultan fácilmente identificables por los educadores, como es el caso del déficit de atención, la hiperactividad o el retraso mental.

El TAS se define como una reacción de ansiedad desmedida por parte del niño cuando debe enfrentarse a la posible separación del hogar o de las personas con quien se encuentra estrechamente vinculado, ya sean sus padres, hermanos o parien-

*Dirigir la correspondencia a
Vanessa Fernández López
Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Madrid
vanessafdz@gmail.com
© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

tes cercanos que le brinden cuidados (Dia, 2001).

Atendiendo a los criterios diagnósticos registrados por el DSM – IV – TR (American Psychiatric Association, 2002), la ansiedad por separación es un trastorno que presenta características tales como una ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño, cuando debe separarse del hogar o de las personas con quienes está vinculado.

La preocupación por la pérdida de las personas a la que se encuentra unido, una constante inquietud por la posibilidad de que pase algo que lo separe de las personas a las que se siente estrechamente vinculado (como perderse o que lo secuestren), así como la resistencia a ir al colegio o a cualquier otro sitio por miedo a separarse, son algunos de los miedos más frecuentes que aparecen en el TAS (Méndez, García-Fernández, & Olivares, 1996; Méndez-Carrillo, Meléndez-Vázquez & López-Pina, 1996). Estos síntomas deben persistir al menos durante un mes, además de producir un malestar clínicamente significativo y no explicarse mejor por la presencia de otro trastorno.

En lo que respecta a su estudio, el TAS ha sido objeto de investigación desde hace varias décadas. Así, por ejemplo, John Bowlby (1969) en su libro “La Separación” define la resistencia a la separación como una conducta instintiva, que presentan incluso primates y que provoca secuelas importantes a lo largo de la vida, si las separaciones son muy prolongadas.

Desde entonces, muchos investigadores han explorado el tema de las conductas que presentan los niños cuando se enfrentan a una situación de separación inminente de sus figuras significativas a nivel afectivo, hasta llegar a una definición más completa del problema (Mash & Graham, 2005).

Respecto al origen del TAS, los datos arrojados por diferentes estudios son dis-

cordantes, no habiendo llegado a un consenso respecto a su génesis hasta el momento. En este sentido, mediante una investigación longitudinal, Poulton, Milne, Craske y Menzies (2001), encontraron que el desarrollo de TAS no se encuentra relacionado con experiencias aversivas de separación en la infancia, como anteriormente se creía. Según este estudio, para que se desarrolle este trastorno, es necesario que aparezcan factores, como por ejemplo, que los padres dejen al niño al cuidado de personas desconocidas para él o que no sean eficaces en brindarle una situación de seguridad.

Según estos y otros autores (Cronk et al., 2004; Kearney, Sims, Pursell, & Tillotson, 2003; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Peleg, Halaby, & Whaby, 2006), en su origen el TAS podría estar más relacionado con el comportamiento de los padres hacia la separación que con los propios temores infantiles. Por ejemplo, parece existir una alta correlación entre la aparición y prevalencia de TAS con la muerte de alguno de los progenitores antes de los 11 años.

Por otro lado, en un estudio reciente (Wood, 2006) se investiga la relación entre padres muy controladores y el desarrollo de trastornos de ansiedad, entre ellos el TAS. Los resultados de esta investigación sugieren que la intromisión constante de las figuras parentales en las actividades de sus hijos impiden que éstos desarrollen sus propias estrategias para resolver los problemas haciéndolos más dependientes de sus padres. Esta actitud aumentaría la aparición de un trastorno de ansiedad por separación, puesto que los pequeños no desarrollan una independencia de los padres, aspecto que les genera un sentimiento de inseguridad (Palafox-Luévano et al., 2008). Este mismo estudio sostiene que la variable “intromisión parental” correlaciona altamente con la aparición de TAS pero no con otras variables de ansiedad, como fobias.

Complementando los datos anteriores, existen diferentes estudios que sugieren una correlación entre la presencia de TAS en las madres y la presencia del trastorno en sus hijos. Los investigadores concluyen que madres con altos niveles de TAS pueden representar un factor de riesgo que aumenta la posibilidad del desarrollo del mismo trastorno en sus hijos (Peleg et al., 2006)

Partiendo de los datos encontrados en el trabajo anterior, O'Laughlin, Meeker y Bischoff, (2000) llevaron a cabo un estudio a partir del cual concluyen que algunos síntomas de ansiedad de separación pueden presentarse en hermanos menores cuando estos síntomas están presentes en sus hermanos mayores. Cuando su madre se ausenta, si los mayores comienzan a presentar síntomas de ansiedad, estos tienden a ser imitados por sus hermanos menores, siempre que la persona que los cuida en ausencia de la madre no cumpla un papel protector adecuado.

A modo de resumen de lo desarrollado hasta aquí, los estudios publicados sobre el origen del TAS hacen referencia al papel primordial que cumplen las figuras parentales en el desarrollo y mantenimiento del mismo. Al parecer, la exposición a separaciones reales, aunque sean prolongadas (como en el caso de la migración o las hospitalizaciones) tiene poca correlación con el desarrollo del TAS. La evolución de este trastorno correlaciona en mayor medida con otras variables familiares, como los apegos inseguros (cuando se le amenaza con el castigo de "llevarlo lejos") o con la presencia de un trastorno de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, TAS) en las figuras parentales.

Respecto al tratamiento del TAS, existen diferentes enfoques terapéuticos. La mayoría de ellos se dirigen a modificar las conductas asociadas a este trastorno que pueden resultar altamente incómodas para

los padres, ya que les puede llegar a impedir hacer una vida normal, sin mencionar las consecuencias que puede tener en los niños si no se trata adecuadamente.

Para un tratamiento adecuado, diversos autores (Bornas, Servera & Llabrés, 1996; Eley et al., 2003; Favez, Roten, Stern, & Bonvin, 2003) mencionan la importancia de hacer prevención. Al parecer, los niños tienen una mayor posibilidad de superar adecuadamente muchas experiencias de separación si se les permite comunicar sus sentimientos ante este hecho, además de haber recibido una preparación adecuada antes y durante el mismo. Si los niños reciben una contención eficaz, donde se les permita la narración (aunque no sea congruente con el hecho) de sus miedos y fantasías de abandono, es posible que se sientan más seguros, facilitando la remisión de cualquier conducta asociada a la ansiedad de la pérdida.

La apertura de las madres a escuchar los sentimientos de sus hijos mejora la relación de apego entre ambos, lo cuál se convierte en un factor protector contra el desarrollo de problemas de ansiedad y conductas disruptivas (Moss, Bureau, Cyr, Mongeau, & St-Laurent, 2004)

Dentro de los tratamientos propuestos una vez que el TAS ya ha sido diagnosticado, la terapia conductual se muestra como el tratamiento de elección, en términos de eficacia especialmente cuando se trata de niños pequeños, con una edad inferior a los 10 años (De Corral & Echeburúa, 1997).

En general, se ha encontrado un consenso entre diversos autores (Bragado, 1994; De Corral & Echeburúa, 1997; Méndez, Olivares, & Bermejo, 2005; Orgilés, Espada, & Méndez, 2005) que coinciden en que una buena estrategia para tratar el TAS es un programa que incluya las aproximaciones sucesivas con apoyo del reforzamiento o cualquier técnica conduc-

tual adecuada a su edad y que permita presentar al niño de manera gradual los estímulos fóbicos – como la separación, en este caso – hasta eliminar las respuestas de ansiedad adquiridas. Para llevar a cabo el proceso, deben introducirse de manera progresiva varios elementos de apoyo para motivar la colaboración del niño y facilitar su participación en el proceso terapéutico.

Las recomendaciones de estos autores sugieren un programa de tratamiento con cuatro estrategias básicas (Méndez et al., 2005): 1) disminuir el grado de temor que genera la situación fóbica, graduando la presentación de los estímulos que provocan ansiedad, disponiendo de un ambiente relajado y seguro; 2) Proporcionar ayudas al niño para que se aproxime a la situación temida; 3) Producir cambios internos en el niño con el fin de que haga frente a la situación temida; y 4) Motivar al niño para que repita su conducta de aproximación, basándose en los principios operantes de extinción y refuerzo positivo.

Bragado (1994) y Méndez et al. (2005) sugieren que en aquellos programas destinados a reducir las respuestas desadaptativas del niño con TAS, es fundamental que las separaciones de la persona o lugar al que el niño se encuentra vinculado se presenten de forma progresiva, con el fin de hacer el proceso lo menos doloroso posible para el niño y su familia.

En lo que respecta a la relación del TAS con otro tipo de alteraciones, diversos estudios han encontrado una alta correlación entre este trastorno en la infancia y un posterior desarrollo de depresión (del-Barrio & Moreno, 1996; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004; Nissen, 2001), así como aparición de otros trastornos, como TOC (Strober, Freeman, Lampert, & Diamond, 2007), trastorno de pánico y agorafobia (Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford, & Flannery-Schroeder, 2003). Más comúnmente, el TAS muestra una correla-

ción con el absentismo escolar (Kearney, Sims, Pursell, & Tillotson 2003), un desempeño escolar pobre (Wood, 2006), fobia social (Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006) y duelos complicados en la edad adulta (Vanderwerker, Jacobs, Parkes, & Pringerson, 2006).

En vista de lo expuesta hasta aquí, es comprensible que muchos profesionales hayan dirigido sus esfuerzos al desarrollo de un tratamiento efectivo para el TAS.

Partiendo de los datos anteriores, se presenta el desarrollo y la aplicación de un tratamiento conductual en el caso de una paciente de 4 años con TAS, detallando las técnicas empleadas así como los resultados obtenidos.

Método

Identificación del paciente

El caso que se presenta a continuación es el de una niña de cuatro años y once meses de edad, que asistía a nivel “infantil” en un colegio público de Madrid. Acude a terapia remitida por su profesora, ya que ha observado una serie de conductas que ésta considera necesarias de atención, como la resistencia de la niña a ir al colegio, lo cual afectaba negativamente a la relación con sus compañeros y la atención de la pequeña durante la clase.

La niña es la segunda de dos hijas, cuyos padres decidieron que fuera la madre quien se dedicara en exclusiva al cuidado de las mismas, especialmente después del nacimiento de la paciente, ya que le detectaron hemiplejía a consecuencia de un accidente cerebro-vascular a la hora del parto. Debido a las muchas horas de rehabilitación que requiere, decidieron que la madre dejase su trabajo para quedarse en casa para atender las necesidades especiales de su hija pequeña.

Historia del problema

La madre refiere que el problema aparece desde que la niña es muy pequeña, a la hora de dejarla al cuidado de otras personas que no sean sus padres. Sin embargo, estas manifestaciones no comenzaron a ser problemáticas hasta que produjeron un malestar clínicamente significativo en su vida cotidiana interfiriendo en actividades tan importantes como es el acudir al colegio.

Selección de las técnicas de evaluación

Teniendo en cuenta las características del caso y la edad de la paciente, se utilizaron como métodos de evaluación entrevistas a su madre y a su profesora por separado, así como la observación y los registros de conductas consideradas relevantes o significativas. Los datos aportados por cada uno de estos métodos se describen a continuación:

- Entrevista semiestructurada a la profesora de la paciente.

En la entrevista realizada a la profesora, ésta refiere que la niña ha presentado reacciones de ansiedad cuando debe quedarse en el colegio desde el principio de su vida escolar, debiendo convencerla todas las mañanas para que se quedara. Una vez que la madre se retiraba, lloraba hasta el comienzo la clase; además, a partir del primer recreo, preguntaba con insistencia si su madre vendría a recogerla pronto.

Al mismo tiempo, sugirió que la dejaran en el colegio a pesar de que llorara o hiciera una rabieta ignorando éstos comportamientos. Como veremos más adelante, éste aspecto se mantendrá durante la terapia.

Sin embargo, la conducta persistía especialmente durante el primer y último día de la semana. Además, no mostraba interés por relacionarse con sus compañeros de clase y pasaba sus períodos de recreo junto a alguna cuidadora.

- Entrevista semiestructurada a la madre de la paciente.

La entrevista aportó datos fundamentales para el diagnóstico y la planificación del tratamiento, y aportó documentación sobre la hemiplejía que le dejó paralizado el lado izquierdo del cuerpo. En la actualidad y gracias al apoyo de la rehabilitación, el problema no resulta tan evidente, y es capaz de caminar sin arrastrar su pie izquierdo. Además, puede mantener la mano izquierda abierta y sujetar algunos objetos de poco peso, como vasos de plástico.

Sin embargo, la madre refiere que esta situación ha provocado que su hija se encuentre “sobreprotegida”; se le ha cuidado “en exceso”, consintiéndole todos los caprichos, aceptándole las rabietas mediante la negociación, acostándose a su lado en la cama hasta que se duerme, levantándola en brazos cuando lo solicita (para evitar las rabietas y porque “se cansa”).

Refiere que ella es quien se encarga en exclusiva de las labores del hogar y el cuidado de las niñas, ya que por el trabajo de su esposo, éste no tiene tiempo para colaborar con las tareas del hogar. Comenta que ella dejó su trabajo a raíz de la condición de la niña.

A lo largo de la entrevista, refiere que cuando llega al colegio, llora en exceso, hace rabietas, etc., hasta que la profesora la convence o reprime. Este comportamiento se repite todas las mañanas antes de ir al colegio.

La paciente tiene una hermana mayor de 7 años, que asiste al mismo colegio a primer grado que cuidaba de la paciente durante los recreos, observándola por la rejilla que separa el colegio de la zona infantil. Este comportamiento no es permitido por la profesora actualmente.

Finalmente, sostiene que las demandas de atención fuera del colegio son “agotadoras”, que se molesta si ella se dedica a otras actividades del hogar, como planchar,

hacer la colada, entre otras. Asimismo, refiere que no se queda en casa de nadie a dormir, ni siquiera con familiares. Tampoco va a fiestas infantiles, a no ser que vayan su madre y/o su hermana.

Además de los problemas para separarse físicamente de su madre, ésta presenta problemas a la hora de dormir no pudiendo conciliar el sueño si no se tumba a su lado. De esta forma, se queda durmiendo “sólo” si le acaricia el pelo mientras concilia el sueño.

- Observación conductual.

Para realizar la observación conductual, se utilizaron las pautas sugeridas por Fernández Ballesteros (2004). Utilizando la información obtenida en las entrevistas, se definieron una serie de conductas que eran consideradas por sus profesoras como “inusuales en una niña de su edad”.

Entre estas conductas destacan algunas como que la niña tiende a quedarse cerca de la persona que los cuida durante el recreo, no tiende a jugar con otros niños cuando es invitada por la cuidadora, parti-

cipa de las actividades que planean sus cuidadores escolares, mientras no impliquen un esfuerzo físico, como escuchar cuando cuentan cuentos, participa en juegos con muñecas, etc., además de que en varias ocasiones, le pregunta a su cuidadora cuánto falta para que venga su mamá.

En la Tabla 1 se presenta el protocolo de observación empleado con los resultados obtenidos.

Finalmente, se le solicitó a la madre que rellenara un registro donde anotaba las conductas a modificar (rabieta, demandas de atención, etc.), la situación en la que aparecían así como las consecuencias de las mismas. El registro puede observarse en la Tabla 2.

Siguiendo los diagnósticos del DSM – IV – TR (2002), el problema parece apuntar a un trastorno de ansiedad por separación, siendo la conducta más persistente y molesta la resistencia a irse a dormir sin que su madre se tumbe a su lado y le permita jugar con su pelo, además de las protestas y llantos al ir al colegio.

Tabla 1: Resultados de la observación conductual

Observación1				
	QC	P	M	NA
Recreo 1	5	1	1	4
Recreo 2	6	1	2	3
Observación2				
	QC	P	M	NA
Recreo 1	5	1	2	2
Recreo 2	6	2	1	2

QC: Quedarse cerca de la cuidadora.

P: Participar de juegos que planean sus cuidadoras.

M: Preguntar cuando viene a recogerla su mamá.

NA: No se acerca a jugar con otros niños cuando la invita la cuidadora.

Nota: Pudo observarse que se queda cerca de la cuidadora casi todo el tiempo, manteniéndola siempre dentro de su campo visual. Asimismo, las veces que están anotadas como “NA”, corresponden con las veces que fue invitada a participar de los juegos infantiles; de las veces que se le invitó a participar, no quiso hacerlo en ninguna de ellas.

Tabla 2: Registro realizado por la madre durante una semana.

	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles
08:00							
09:00	C				R		C
10:00							
11:00							
12:00			R				
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	R						
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00	D	D	D	D	D	D	D

R: Rabieta
D: No querer dormir sola
C: Resistirse a quedarse en el colegio

Principales conductas problema

- Elevados niveles de ansiedad ante diferentes circunstancias en la que debe estar separada de figuras afectivamente significativas; principalmente ir al colegio y quedarse dormida.
- Rabieta constantes ante situaciones de separación.
- Frecuentes llamadas de atención (llantos, pedir insistentemente que juegue con ella) cuando se encuentra realizando una tarea que le impide dedicar toda su atención a la paciente.

La información obtenida a lo largo de la evaluación, permitió realizar un análisis funcional de la conducta, sosteniendo como hipótesis de inicio del problema que, tras el diagnóstico de hemiplejía, la madre

dedica mucha atención a la paciente, tal vez por el miedo a las consecuencias de la enfermedad. Desde entonces, y teniendo en cuenta la información aportada por ella misma a lo largo de la entrevista, comenzó a tumbarse a su lado para dormir, a no poner límites en cuanto a las conductas disruptivas y a acceder a sus constantes demandas. Esto generó una gran dependencia y conductas consecuentes con una reacción desproporcionada de miedo cuando se ve separada de sus figuras afectivamente significativas.

Objetivos del tratamiento

- Objetivo general: eliminar los elevados niveles de ansiedad de la paciente ante situaciones de separación de su madre.

- Objetivos específicos:
 - Eliminar las rabietas cuando acude al colegio.
 - Eliminar la necesidad de dormirse acompañada.
 - Conseguir, mediante el reforzamiento de conductas alternativas, que disfrute de distintos momentos sin necesidad de tener cerca a una cuidadora o a un familiar.
 - Instruir a la madre en los principios y técnicas básicas de la modificación de conducta (p. ej. el reforzamiento positivo, el manejo de límites, etc.) que le ayuden a eliminar los comportamientos no deseados y a instaurar otros más adaptativos.

Aplicación del tratamiento

Teniendo en cuenta la recogida de datos y las recomendaciones de diversos autores para el tratamiento del TAS, se decidió realizar una intervención basada en tres principios básicos de la terapia conductual: la exposición progresiva en vivo a situaciones anisógenas, la extinción de las conductas no deseadas y el reforzamiento de las conductas deseadas.

Debido a la corta edad de la paciente, prácticamente la totalidad del tratamiento se llevó a cabo con su madre. Así pues, se planificó un tratamiento por sesiones, donde se le fueron proporcionando pautas dirigidas a exponer progresivamente a la niña al estímulo temido de ir al colegio y quedarse dormida sola en la habitación, sobre todo por considerarse a éstas como las dos conductas que más interfieren en la cotidianidad de la familia.

Para conseguir estos objetivos, se le instruyó en técnicas de modificación de conducta que le permitiesen entender cada una de las estrategias que se utilizaron a lo largo del tratamiento y que pudiera aplicar fuera de la consulta una vez que hubiese finalizado el tratamiento.

En lo que respecta a las dificultades para dormir sola, la técnica de modificación de conducta empleada fue la exposición

gradual a dicha situación complementado con el reforzamiento positivo. Durante las primeras cuatro sesiones de la intervención, la madre se sentaba a los pies de la cama, hasta que la paciente se dormía. Durante las siguientes dos sesiones, se sentó en una silla dentro de la habitación. En la sesión siguiente, la madre salió de la habitación después de acostar a la niña, manteniendo esta pauta las tres sesiones siguientes, concluyendo con éxito la intervención.

Si la paciente se dormía sin llorar ni demandar que su madre volviese a acercarse a ella, se le entregaba un premio escogido de una lista de refuerzos elaborada con anterioridad unido al refuerzo social (felicitación por parte de su madre, por ejemplo, “¡qué bien lo has hecho!”). La programación de las sesiones puede observarse en la Tabla 3.

En lo que respecta a las llamadas de atención y protestas a la hora de ir al colegio, la madre recibió pautas para manejar las rabietas, que se basaron en la extinción de estas conductas. Para ello, se analizó cuáles eran los refuerzos responsables del mantenimiento de la conducta con el objetivo de eliminarlos cada vez que la conducta apareciese facilitando su extinción. Tras el análisis de las situaciones se concluyó que la atención y la demora en ir al colegio son los principales reforzadores de este tipo de conductas. Al mismo tiempo, se completó la extinción de estas conductas con la aplicación de refuerzos o elementos gratificantes mientras se llevaba a cabo la actividad como, por ejemplo, ir contando un cuento mientras acuden al colegio, aprenderse una canción, etc. Previo a todo ello, la terapeuta explicó a la madre el papel de los refuerzos a la hora de determinar una conducta, advirtiéndole de la posibilidad de que la conducta aumentara durante la extinción así como de la importancia de mantener su postura de “no refuerzo”. En este sentido, se le advirtió de la importancia de que una vez que se iniciara la extin-

Tabla 3. Programación de las sesiones

Objetivo	Sesiones
Evaluación	1 y 2
Devolución de resultados de la evaluación y definición de objetivos	3
Exposición: Pies de la cama	4, 5, 6 y 7
Exposición: Silla	8 y 9
Exposición: Salida de la habitación	10, 11 y 12
Evaluación post-tratamiento	13
Devolución de resultados, recomendaciones para el mantenimiento y cierre	14

ción, ninguno de los padres le prestara atención a las rabietas y que reforzaran las conductas adecuadas.

Entre los refuerzos que complementaban la modificación de conductas incompatibles (dormir acompañada, llamadas de atención, estar durante el recreo con la cuidadora, etc.) se encontraba comer un helado, comprar dulces a la salida del colegio, jugar con cosas que le fueran especialmente agradables, etc. además del refuerzo social por parte de los padres y el de la profesora en el caso de que estas conductas se diesen relacionadas con el contexto escolar. Con el fin de aumentar la capacidad reforzadora de estos estímulos, se acordó con la madre que mientras se mantuviese el tratamiento únicamente se darían de forma contingente con las conductas deseadas.

Resultados

La evaluación post-tratamiento, consistió en la aplicación de los mismos métodos que para la evaluación inicial. De esta manera, se realizaron entrevistas con la maestra y con la madre, observaciones y un autregistro.

La evaluación post-tratamiento reveló una total capacidad de la niña para quedarse dormida y dormir sola, ya que en la última sesión de tratamiento la madre la acostó, la arropó y salió de la habitación sin que la niña protestase.

Los refuerzos materiales fueron progresivamente eliminados, gracias a la utilización del refuerzo social, el cuál se constituyó en el refuerzo más importante. La eliminación de estos premios se hizo progresivamente, dándole un dulce cuatro veces a la semana, para reducirlos posteriormente a tres hasta la eliminación total del dulce. El refuerzo social se mantuvo a lo largo de toda la terapia sugiriendo el mantenimiento posterior del mismo.

El tratamiento empleado cumple el objetivo propuesto con logros añadidos, como la progresiva remisión de las rabietas así como de los ruegos constantes en diferentes situaciones cotidianas, debido en gran parte a la retirada de la atención cuando estas conductas se presentaban.

Durante la intervención, la paciente dejó de protestar por ir al colegio y ya no tendía a llorar cuando la dejaban en clase. Se prevé que en el futuro aumenten además sus conductas prosociales con otros niños y

que llegue a involucrarse en los juegos de sus compañeros. En esta línea cabe destacar que, en los recreos, ya no necesitaba de la compañía de la educadora, aunque aún es recomendable que se involucre en el juego de los demás niños.

Al mismo tiempo, la madre refiere sentirse más preparada para manejar las conductas de petición de atención de la pequeña, gracias a la aplicación de técnicas como la extinción y el manejo operativo de los refuerzos. Ahora refiere sentirse capaz de poner límites a sus dos hijas sin mostrar conductas aprehensivas y generalizando así las estrategias aprendidas a otros momentos y contextos.

Discusión

Tras la intervención, se obtuvieron logros significativos teniendo en cuenta el salto cualitativo que se obtuvo desde el inicio del tratamiento, especialmente por su creciente interés por lo que hacían sus compañeros, observando con detenimiento los juegos de los mismos.

Aunque existen hoy en día estudios (Chu & Kendall, 2004) que hacen referencia a la capacidad de otras técnicas para alcanzar la remisión de un trastorno como el TAS, es importante señalar que éstas dependen de la cooperación integral del niño. En este caso, debido a la corta edad y la discapacidad de la paciente, lo más recomendable era un tratamiento conductual, donde los adultos responsables de la educación de la niña aprendieran a poner límites adecuados y a reforzar las conductas que fueran adecuadas o deseadas. Asimismo, diversos estudios plantean la efectivi-

dad de la extinción cuando las conductas no deseadas persisten, mediante la retirada del reforzador, en este caso, la atención de los adultos.

Sin embargo, es importante señalar que es posible que el TAS remita con el tiempo, conforme el niño va creciendo y enfrentándose a la realidad (American Psychiatric Association, 2002). En cualquier caso, los comportamientos de la paciente eran lo suficientemente disruptivos y constantes como para generar un malestar generalizado en la familia, que estaba afectando de forma significativa a la cotidianidad de todos sus miembros.

Es importante anotar que debido a situaciones ajenas a la terapia, no fue posible dar un seguimiento más de seis meses después de finalizado el mismo, con lo cual, no es posible acceder a datos importantes del progreso realizado por la paciente desde el final de la terapia a la actualidad.

Podemos afirmar, sin embargo, que se han alcanzado los objetivos terapéuticos establecidos al inicio del tratamiento, además de lograr algunos cambios añadidos, como la capacidad de la madre para establecer límites de forma adecuada. Estos logros son resultado de una aplicación adecuada y sistemática de una terapia conductual, que ha probado en diversos casos, su efectividad para el manejo de conductas inadecuadas en los niños.

Artículo recibido: 30-07-2007
aceptado: 16-09-2008

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición*. *Texto Revisado - DSM-IV-TR* (4th ed.). Barcelona: Masson.
- Aschenbrand, S. G., Kendall, P. C., Webb, A., Safford, S. M., & Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agorapho-

- bia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1478-1485.
- Bornas, X., Servera, M. & Llabrés, J. (1996). Prevención de la ansiedad en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 2, 283-295.
- Bowlby, J. (1969). *La Separación*. Barcelona: Paidós.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de Conducta en la Infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad - Empresa.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., & Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Cronk, N. J., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., & Heath, A. C. (2004). Risk for separation anxiety disorder among girls: Paternal absence, socioeconomic disadvantage, and genetic vulnerability. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 237-247.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills and self - concept in children with specific selective mutism and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 245-255.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821-829.
- De Corral, P., & Echeburúa, E. (1997). Ansiedad de separación en la infancia: Psicopatología y tratamiento. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de Psicología Clínica: Infancia y Adolescencia* (Vol. 2, pp. 307-318). Valencia: Promolibro.
- Del Barrio, V. & Moreno, C. (1996). Evaluación de la ansiedad y depresión infantil. *Ansiedad y Estrés*, 2, 131-158.
- Dia, D. A. (2001). Cognitive-behavioral therapy with a six-year-old boy with separation anxiety: A case study. *Health and Social Work*, 26, 125-128.
- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry*, 44, 945-960.
- Favez, N., Roten, Y. D., Stern, D. N., & Bonvin, P. (2003). The effect of experienced emotions on preschoolers' narration. *Swiss Journal of Psychology*, 62, 19-26.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La observación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 161-201). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kearney, C. A. (2003). Bridging the gap among professionals who address youths with school absenteeism: Overview and suggestions for consensus. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 57-65.
- Kearney, C. A., Sims, K. E., Pursell, C. R., & Tillotson, C. A. (2003). Separation anxiety disorder in young children: a longitudinal and family analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 593-598.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7. 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Mash, E. J., & Graham, S. A. (2005). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. Á. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 29-58). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., & Olivares, J. (1996). Miedos escolares: un estudio empírico en Preescolar, EGB y BUP. *Ansiedad y Estrés*, 2, 113-118.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Bermejo, R. M. (2005). Características clínicas y tratamientos de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. Á. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez-Carrillo, F. X., Beléndez-Vázquez, M. & López-Pina, J. A. (1996). Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*, 2, 9-14.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.
- Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Nissen, G. (2001). Separation anxiety, school anxiety, depression... Pediatric anxiety disorders have many faces. *MMW Fortschr Med*, 143, 26-28.
- O'Laughlin, E. M., Meeker, E. C., & Bischoff, L. G. (2000). Predictors of children's emotional distress in a mother-absent situation: implications for caregiving research. *J Genet Psychol*, 161, 235-252.
- Orgilés, M., Espada, J. P., & Méndez, F. X. (2005). Terapia de conducta en los trastornos de ansiedad infantil. En M. I.

- Comeche & M. Á. Vallejo (Eds.), *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (pp. 141-186). Madrid: Dykinson.
- Palafox-Luévano, I. N., Jané-i-Ballabriga, M. C., Viñas, F., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G. et al. (2008). Sintomatología ansiosa y estilos de crianza en una muestra clínica de preescolares. *Ansiedad y Estrés*, *14*, 71-80.
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. N. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*, 973-995.
- Poulton, R., Milne, B. J., Craske, M. G., & Menzies, R. G. (2001). A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behav Res Ther*, *39*, 1395-1410.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, S46-51.
- Taboada-Jiménez, A. M., Ezpeleta-Ascaso, L., & de-la-Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, *4*, 1-16.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Pringerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*, 121-123.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance. *Developmental Psychology*, *42*, 345-349.