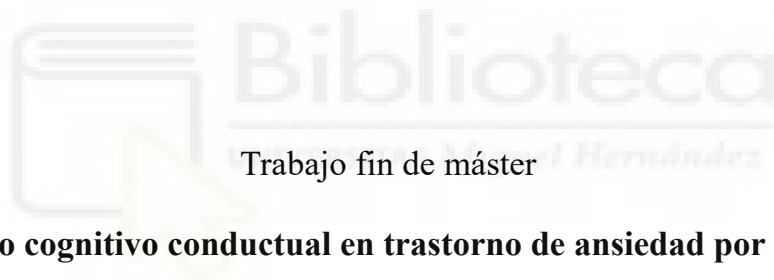




UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2023/2014



**Tratamiento cognitivo conductual en trastorno de ansiedad por separación:
estudio de caso**

Autora: Alba del Sol Cases Moreno

Tutora: Estefanía Estevez López

Código de la oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.EEL.ADSCM.231115

Elche, a 28 de mayo de 2024



Resumen

En este estudio se presenta el caso de un niño de 8 años que acude a consulta derivado por su pediatra, ya que refería síntomas físicos relacionados con la ausencia de su madre en determinadas situaciones. El objetivo terapéutico principal fue reducir lo máximo posible las conductas problema que el paciente presentaba con el fin de disminuir estos síntomas y dotarlo con las herramientas necesarias para afrontar las situaciones que los provocan y disminuir la probabilidad de que se repitan en el futuro. Para la evaluación se utilizaron las escalas CASI-N, SCAS y autorregistros. Para este caso, se aplicó tratamiento cognitivo conductual, se utilizaron técnicas como relajación, respiración y reestructuración cognitiva, el tratamiento tuvo una duración de 13 sesiones. Los resultados mostraron cómo se redujo significativamente la presencia de los síntomas y las conductas problema, lo que permitió al paciente ser más independiente y autónomo.

Palabras clave: Ansiedad por separación, cognitivo-conductual, caso único, trastornos de ansiedad, infantil.

Cognitive-Behavioral Treatment in Separation Anxiety Disorder: A Case Study

Abstract

This study presents the case of an 8-year-old boy who was referred to a consultation by his pediatrician due to physical symptoms related to his mother's absence in certain situations. The main therapeutic objective was to reduce the problematic behaviors as much as possible to alleviate these symptoms and provide him with the necessary tools to cope with the triggering situations, thus reducing the likelihood of recurrence in the future. The assessment utilized the CASI-N, SCAS scales, and self-recordings. Cognitive-behavioral treatment was applied in this case, using techniques such as relaxation, breathing, and cognitive restructuring. The treatment lasted 13 sessions. The results showed a significant reduction in symptoms and problematic behaviors, which allowed the patient to become more independent and autonomous.

Keywords: Separation anxiety, cognitive-behavioral, single case, anxiety disorders, child.

Introducción

La teoría del apego sostiene que, al nacer, los seres humanos poseen comportamientos instintivos como succionar, llorar, sonreír y aferrarse a sus cuidadores principales. Estos comportamientos les permiten satisfacer la necesidad natural de establecer contacto con otros y crear lazos afectivos, lo que fomenta la conexión emocional entre el niño y sus padres, ya que el niño depende del cuidado, cariño y protección de sus figuras de apego para su supervivencia, dado su limitado repertorio de actividades al nacer (Bowlby, 1976).

Según Llavona y Méndez (2012), el temor de los niños a separarse de sus padres es prominente desde su nacimiento hasta los 2 años, persiste entre los 3 y los 8 años, y más tarde, decrece entre los 9 y los 12 años. Este miedo ligado al desarrollo implica una fuerte dependencia de los cuidadores, lo que les permite adquirir las destrezas necesarias para adaptarse al entorno. De hecho, “uno de los signos de que se ha establecido el vínculo de apego es el temor o ansiedad de separación” (Mendez, Orgiles, & Espada, 2008).

La ansiedad por separación describe el temor que experimenta un niño en sus primeras etapas de vida al estar separado físicamente, anticipar esa separación, de lo que considera sus figuras de apego principales. Esta ansiedad, ajustada al nivel del desarrollo del niño, tiene un propósito adaptativo. En momentos de separación de estas figuras, la ansiedad es evidente, aunque se considera leve, temporal y desaparece naturalmente a medida que avanza el desarrollo (Mendez, Orgiles, & Espada, 2008). Sin embargo, a veces esta puede intensificarse, afectando a múltiples áreas del desarrollo y persistir más allá de lo común en el crecimiento, potencialmente conduciendo a un trastorno de ansiedad por separación.

Los niños son particularmente sensibles a las amenazas de abandono y a la separación de sus figuras de apego (Masi, Mucci, & Millepiedi, 2001). La angustia

normal por separación suele intensificarse durante la primera infancia, después, disminuye gradualmente entre los 3 y 5 años. Aunque un porcentaje de los niños siguen presentando un comportamiento “pegajoso” y angustia por separación la primera vez que asisten a la escuela (Patel & Bryant, 2021). Para algunos niños, generalmente después de la resolución de las ansiedades normativas puede surgir una condición conocida como trastorno de ansiedad por separación (TAS). Es cualitativamente diferente de las primeras preocupaciones y se caracteriza por una reactividad anormal a agentes reales o separación imaginada de las figuras de apego. Esta interfiere significativamente con las actividades diarias y el desarrollo de tareas. Es un temor natural en el crecimiento de los niños y sirve como una forma de protección ante posibles riesgos del ambiente, siempre y cuando no sea excesivamente intenso (Patel & Bryant, 2021).

La American Psychiatric Association (2013) reconoce en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V el trastorno de ansiedad por separación como 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. Además, se tienen que dar al menos 3 de las siguientes circunstancias al mínimo 4 semanas en niños y 6 meses en adultos:

Angustia por separación del hogar o de las principales figuras de apego (a menudo manifestada como rabietas en niños); preocupación por perder a las figuras de apego o que les ocurra algún daño; inquietud acerca de eventos que pueden causar separación como el secuestro; negativa a ir a la escuela o al trabajo o a abandonar el hogar debido a miedo a la separación; miedo de estar solo en casa o sin una figura de apego importante; renuncia o rechazo a dormir lejos de casa o sin una figura de apego; pesadillas que involucran a separación o síntomas físicos como dolor de cabeza o náuseas vómitos o

dolor de estómago durante o antes de la separación de una figura de apego (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno de ansiedad por separación es el trastorno de ansiedad más diagnosticado en niños, aunque no existen datos muy recientes de prevalencia, las medias se estipulan entre el 1% y el 4% de la población infantil, siendo la edad media de los niños que lo padecen de 7 años (Echeburua, 1993). Se consideran factores de riesgo de padecer TAS algunas variables como, tener familiares que hayan padecido algún trastorno de ansiedad, haber sufrido alguna pérdida o un trauma por parte de una figura de apego. Al igual que, el hecho de haber sufrido situaciones críticas de estrés como por ejemplo el divorcio de los padres o la vivencia de conflictos afecta directamente a la posibilidad de terminar desarrollando un trastorno de la ansiedad como TAS, no solo por el estrés de esos momentos vitales sino también por los cambios que estos provocan en el entorno de los niños, como cambios de viviendas y de colegios (Vaughan, Coddington, & Azza, 2017).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) considera el divorcio de los padres como una experiencia muy estresante para los hijos que puede tener consecuencias a corto, medio y largo plazo. Entre los problemas de ansiedad, el trastorno de ansiedad por separación se considera el más frecuente en hijos de padres divorciados (Aguilar, 2006). Los resultados del estudio de Orgilés, Espada y Méndez (2008) indican que los niveles de ansiedad por separación son más altos en los niños que han experimentado la ruptura del matrimonio en comparación con aquellos cuyos padres siguen juntos. En situaciones de ruptura de pareja, es común que el niño resida con uno de los padres en semanas alternas. En estas circunstancias, la separación de la madre puede influir en la ansiedad del niño en futuras ocasiones, aumentando su vulnerabilidad a reaccionar ansiosamente ante cualquier separación cotidiana (Orgiles, Espada, & Mendez, 2008). La colaboración

entre los excónyuges y la falta de conflictos entre ellos favorecen un contacto frecuente del niño con ambos, lo que puede reducir su manifestación de temor ante la ausencia de las figuras de apego, al tiempo que fomenta su confianza y autonomía (Nuñez Mederos, Pérez Cernuda, & Castro Peraza, 2017).

Se ha descubierto que los factores estresantes familiares están relacionados con el ritmo sueño-vigilia de los niños (Meltzer & Mindell, 2014) y podrían explicar la alta incidencia de problemas de sueño en los niños pequeños. Los estudios indican que más del 90 % de los niños con ansiedad por separación experimentan al menos un problema relacionado con el sueño (Chase & Pincus, 2011).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento bien establecido para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najaria, & Chorpita, 2016). Los metaanálisis han demostrado que aproximadamente el 60% de los jóvenes se recuperan de sus trastornos de ansiedad y experimentan una reducción significativa de los síntomas después del tratamiento. Los trastornos de ansiedad tempranos predicen problemas emocionales, sociales, académicos y vocacionales posteriores. Sin embargo, el estudio de Rith-Najaria et al. (2017) revela que un exitoso tratamiento mediante terapia cognitivo-conductual (TCC) para los trastornos de ansiedad en jóvenes proporciona protección contra las secuelas posteriores. La participación de los padres en la terapia de los trastornos de ansiedad, mejora la reducción de los síntomas ansiosos al compararlas con terapias conductuales en que los padres no participan activamente (James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2015).

En este estudio de caso, nuestro enfoque se centra en detallar la sintomatología, diagnóstico, análisis funcional y evaluación de un paciente que ha comenzado el tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad por separación. Los objetivos terapéuticos de esta intervención tienen como meta reforzar la autonomía e

independencia del paciente con respecto a la figura de apego. Esto se alcanzará mediante el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones ansiosas, la reducción de la ansiedad al alejarse de casa y de su madre, y la disminución de comportamientos evitativos.

Motivo de consulta

Madre de paciente M de 10 años acude a clínica derivada por su pediatra. Refiere que su hijo tiene problemas para dormir, sobre todo en casa de su padre. Además, últimamente le cuesta mucho comer durante la cena, no quiere ir al colegio y monta rabietas cuando su madre tiene que irse de casa para trabajar. Los padres divorciados desde hace 3 años quieren acabar con este problema que genera situaciones muy incómodas para ambos.

Historia del problema

Siempre ha sido un niño un poco dependiente de sus padres, pero la situación ha empeorado desde el divorcio. Madre de 40 años y padre de 39 se divorciaron hace 3 años cuando el niño tenía 8. Aunque siempre han intentado no mostrar sus desacuerdos delante de M, se percibe que la relación entre ambos no es nada buena. Siempre ha sido un niño muy cariñoso que prefiere estar con sus padres. Antes del divorcio, M pasaba la mayor parte del tiempo con su madre que entonces era ama de casa; el padre, trabaja en horario partido de lunes a viernes. Desde el divorcio su madre ha empezado a trabajar 6 horas diarias. Los padres tienen custodia compartida en semanas alternas. Durante las semanas que está con el padre M siempre se agobia cuando llega la hora de dormir, alarga sus deberes para que se haga tarde o pone problemas en la cena, hace como que no le gustan cosas que siempre ha comido para que su padre le de comer. Su abuela, la persona encargada de cuidarle durante las tardes, dice que tiene mucha ansiedad por la comida y

come mucho en la merienda y muy rápido por eso no tiene hambre por la noche. La situación se agrava los fines de semana cuando M tiene que dormir con su padre o su abuela, cuando anochece y ve que va siendo hora de dormir empieza a agobiarse “no quiero dormir hoy”, “no voy a poder dormir”, y a llorar, refiere dolores intensos de barriga y a veces incluso le falta el aire. Cuando no consiguen calmarlo suelen llamar a su madre para que vaya a casa a estar con él y dormirlo “solo sé dormir con mamá”, cuando lo consigue sin que él se de cuenta esta se va de casa.

En casa de su madre, siempre tiene problemas para dormir por lo que desde hace medio año duermen en la misma cama. Cuando M tiene que ir con su abuela paterna (cuidadora cuando su padre no puede) este presenta dolores de barriga, cabeza y a veces incluso vómitos, al principio acudía a urgencias, pero los resultados de las pruebas revelan que M no padece ninguna enfermedad orgánica.

Estrategias de evaluación

Se emplearon diversos métodos para recopilar información con el propósito de analizar y comprender los factores desencadenantes, predisponentes y mantenimiento del problema, así como la evolución de este hasta la fecha actual.

La evaluación se inició con la adaptación de Ezpeleta (2001) de la Entrevista diagnóstica con niños y adolescentes (Reich, 2000).

La tarea para casa consistía en que la madre registrara en una hoja variables relacionadas con la conducta ansiosa de su hijo, con el propósito de establecer una línea base (Tabla 1). Además, se estableció contacto con el colegio para obtener información adicional.

Tabla 1

Registro de conducta

Día	Antecedentes	Conducta	Grado de ansiedad	Consecuencia
-----	--------------	----------	-------------------	--------------

Se empleó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS: Spence, 1997), un instrumento auto informado compuesto por 44 ítems diseñados para evaluar síntomas de ansiedad comunes en niños. Está destinada a niños de 8 a 11 años. La escala consta de 6 subescalas: ataques de pánico/agorafobia, ansiedad por separación, fobia social, miedo al daño físico, obsesiones/compulsiones y ansiedad generalizada. La calificación se determina sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre. Un puntaje más alto indica un mayor nivel de ansiedad, siendo el puntaje máximo de 114, promedio de 57 puntos y mínimo de 0. La SCAS ha mostrado una muy alta consistencia interna que fluctúa entre $\alpha = 0.80$ y $\alpha = 0.93$.

El Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia (CASI-N, Espada et al., 2006) fue utilizado para evaluar la ansiedad por separación en niños a través de 26 preguntas, calificadas en una escala del 1 al 5. Este cuestionario consta de tres subescalas: malestar por la separación, preocupación por la separación y tranquilidad ante la separación. Para contrarrestar la tendencia a responder sistemáticamente en la misma dirección, las dos primeras subescalas son directas y la tercera es inversa. Se ha encontrado que sus propiedades psicométricas son aceptables, con una alta fiabilidad, demostrada por una consistencia interna elevada, calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha =$

0.98) (Mendez, Orgiles, & Espada, 2008). El cuestionario ha sido desarrollado y validado en población española, mostrando propiedades psicométricas satisfactorias y siendo útil en el ámbito clínico para la evaluación del trastorno de ansiedad por separación y el rechazo escolar.

Formulación clínica del caso

Con el fin de conocer mejor el origen de la conducta problema, realizamos la formulación clínica del caso. La variable disposicional socio-ambiental que más influye en este caso, es el estilo educativo permisivo de los padres, que ha tenido consecuencias directas en la personalidad del paciente, haciendo de él un niño dependiente (variables disposicionales psicológicas). Aunque desde pequeño M presentara estos indicios de la conducta problema, está no se vuelve significativa hasta el momento del divorcio, factor precipitante de la conducta problema. Cuando M tiene que ir a casa de su padre, cuando su madre tiene que ir a trabajar o llega la hora de dormir, se activan los síntomas fisiológicos, motores y emocionales, que solo consiguen remitir cuando vuelve a estar o tener contacto con su madre (Tabla 2).

Tabla 2

Análisis funcional del caso.

Antecedentes	Respuesta	Consecuencias
<u>Internos</u>	<u>Fisiológica</u>	Disminución de la ansiedad Sensación de alivio y calma
Pensar que llega el fin de semana con la abuela	Aumento del ritmo cardíaco Llanto Dolor de barriga	
<u>Externos</u>	<u>Cognitiva</u>	
Mamá se va a trabajar Horas antes de dormir Quedarse en casa de papá a pasar la noche	Sensación de soledad	

Quedarse a dormir en casa de Motora
un amigo o ir de excursión

Rabietas
No comer
Alargar hora de los deberes

La hipótesis del mantenimiento sostiene que cuando M tiene que dormir en casa de su padre, cuando mamá se va a trabajar o cuando tiene que ir a un cumpleaños o excursión, se activan las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales. En este momento, solo remiten con la aparición de su madre para tranquilizarlo, o con la evitación de estas situaciones, de forma que las conductas problema se mantienen mediante refuerzo negativo.

Aquí se detallan las conductas problemáticas que la paciente mostraba al momento de acudir a consulta:

- Dolor de barriga durante la cena.
- Llanto y ansiedad antes de dormir sin mamá.
- Evitación de planes que no incluyan a mamá.
- Problemas durante deberes y cena cuando está con papá.
- Limitación de planes y vida cotidiana si no es con mamá.

Tratamiento

El tratamiento tuvo una duración de 5 meses, con un total de 13 sesiones con una hora de duración aproximadamente (Tabla 3). Todas las intervenciones se hicieron de forma individual y se incluyeron tanto a los padres como otros cuidadores principales. En la primera fase de la intervención, las sesiones se realizaban de forma semanal, al final de esta se fueron espaciando hasta dejar semana y media de diferencia entre ellas. Se optó por un abordaje mediante la terapia cognitivo conductual (TCC) (Fonseca-Pedrero, 2021b).

Tabla 3

Sesiones y contenido

Sesión	Contenido y Objetivos
1. Evaluación	<ul style="list-style-type: none">-Entrevista. Historia clínica con madre.-Modelo de entrevista diagnóstica a Niños y Adolescentes Adaptación Espeleta (2001).- Preguntas recomendadas por Méndez et al. (2008), específicas para ansiedad por separación.
2. Evaluación	<ul style="list-style-type: none">-Escala de Ansiedad Infantil de Spence.
3. Evaluación	<ul style="list-style-type: none">-Cuestionario de ansiedad por separación en la infancia versión niños (CASI-N)-Entrevista con niño. Conciencia del problema y motivación para modificar conducta.
4. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">-Brindar información sobre diferencia entre ansiedad como protector en primeros años vs ansiedad patológica.-Explicación de mecanismos de refuerzo, castigo y extinción a la madre en general y en relación a conductas de M.
5. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">-Pautas educativas para independencia del niño.-Entrenamiento en habilidades parentales esenciales, técnicas operantes.
6-7. Intervención familiar	<ul style="list-style-type: none">-Mediación familiar.-Solución de conflictos-Pautas de comunicación-Ejercicios de cohesión familiar.
8. Economía de fichas	<ul style="list-style-type: none">-Explicación economía de fichas a toda la familia.-Acuerdo de los reforzadores y ejemplos.

9-11. Explicación y continuación de técnicas de reforzamiento e intervención familiar.	-Respiración diafragmática, relajación muscular de Koeppen. -Técnicas cognitivas: autoinstrucciones, distorsiones cognitivas y reemplazo por pensamientos adaptativos y realísticos.
12-13. Prevención de recaídas	-Técnicas aprendidas. -Posibles problemas futuros e intervención.

La *primera sesión* de evaluación se realiza en primer lugar con los padres juntos, se aprovecha este tiempo para realizar la entrevista sobre la historia clínica con la madre y después con el padre para completar información, ya que la convivencia de los dos padres en la misma estancia creaba un clima de tensión durante la recogida de información. Después se aplicó el modelo de entrevista diagnóstica a Niños y Adolescentes Adaptación Espeleta (2001) además de las preguntas recomendadas por Méndez et al. (2008) específicas para ansiedad por separación.

La *segunda y tercera sesión* se enfocó por completo a evaluación con el paciente y en la construcción de un buen vínculo con él. Se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, el cuestionario de ansiedad por separación en la infancia versión niños (CASI-N) y gracias a la entrevista con niño se pudo mejorar la relación con él. Para terminar, se comenzó a trabajar en la conciencia del problema y en la motivación para modificar conducta.

La psicoeducación fue el objetivo principal de la sesión número *cuatro y cinco*, en la primera se trabajó con los padres brindándoles información sobre la diferencia que existe entre la ansiedad que protege ante amenazas, y la ansiedad patológica que presenta su hijo, además también se les instruyó sobre mecanismos de refuerzo, castigo y extinción, desde una perspectiva general y terminando con adaptaciones al caso concreto de M.

Durante la *sexta* y *séptima* sesión se llevó a cabo la terapia familiar. El objetivo era calmar la tensión que el divorcio estaba causando entre los dos padres y mejorar la comunicación entre ellos. Para ello se llevó a cabo mediación familiar, solución de conflictos, se establecieron pautas de comunicación y se hicieron algunos ejercicios de cohesión familiar.

En la Sesión número *ocho* se abordó la técnica de economía de fichas (*anexo 1*), al tener que limitar las sesiones en las que los dos padres permanecían en la misma estancia, en esta sesión se explicó a la madre el funcionamiento de la economía de fichas, y en la siguiente que M vino acompañado por su padre, se dedicó una pequeña parte explicarle lo mismo a él también. Junto con la economía de fichas, se llegó a un acuerdo con M y la mamá de los reforzadores que se iban a utilizar en este caso para que sea más efectivo.

De la sesión *nueve* a la *once* se llevó a cabo el grosor de la intervención, respiración diafragmática, relajación muscular de Koeppen y entrenamiento en técnicas cognitivas como, autoinstrucciones, distorsiones cognitivas y reemplazo por pensamientos adaptativos y realísticos (*Anexo 2*). Además, se resolvieron dudas sobre el tratamiento y la economía de fichas así como se reajustaron los reforzadores.

En las últimas sesiones (de la *doce* a la *trece*) el objetivo principal fue prevenir futuras recaídas de las conductas problemas que se logró reducir. Recordando todas las técnicas aprendidas y estipulando posibles conductas que puedes volver a darse y cómo afrontarlas.

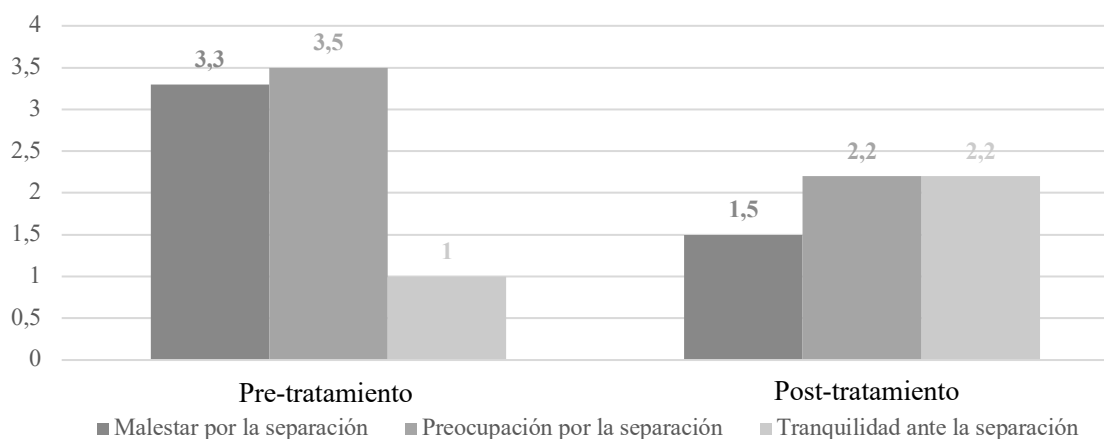
Resultados

Con el fin de evaluar la eficacia de la intervención se utilizó un modelo AB (Barlow & Hersen, 1988). El patrón A-B representa la estructura más básica dentro de los diseños de replicación intrasujetos. Durante la fase A, se llevan a cabo observaciones de la línea base para entender la frecuencia natural del comportamiento bajo estudio. En la fase B, se introduce el factor de tratamiento con el fin de analizar las modificaciones en la variable dependiente, atribuyendo dichos cambios a los efectos del tratamiento. Los resultados de la intervención revelan una mejora cuantitativa notable en el estado de la paciente.

Los resultados de la prueba CASI-N pretratamiento y postratamiento revelan la eficacia de este. En la prueba que se rellenó en la recogida de datos inicial, las puntuaciones más altas son las obtenidas en las escalas *preocupación por la separación* (M=3,5) y *malestar ante la separación* (M=3,3). En cuanto a la escala *tranquilidad ante la separación*, al tratarse de una escala inversa se obtuvo una puntuación mucho más baja (M=1). Las medias obtenidas después del tratamiento revelan como M ha mejorado sus síntomas por *malestar ante la separación* (M=1,5), a pesar de que siga manteniendo una media un poco elevada aunque más baja que la inicial de *preocupación por la separación* (M=2,7).

Figura 1

Resultados CASI-N



*Resultados medidos con puntuaciones medias

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la prueba SCAS cabe señalar el cambio más favorable, que es, la disminución significativa de la media en la puntuación en la escala *Ansiedad por separación* a la cual se dirigía el tratamiento (véase *Tabla 4*). Con una puntuación inicial de $M= 2,8$ en la primera prueba que se realizó como screening, ha disminuido hasta una media de 1,1 en el retest. El resto de escalas presentan valores estáticos en los resultados de las pruebas pre-tratamiento y post-tratamiento, o cambios poco significativos cuya varianza no se explica por la intervención que se ha llevado a cabo en este caso.

Tabla 4

Puntuaciones SCAS

	Pre- tratamiento	Post-tratamiento
Pánico-agorafobia	0,1	0,1
Ansiedad por separación	2,8	1,1
Fobia social	0,1	0,2
Miedo al daño físico	1	1,2
Obsesiones-compulsiones	0	0
Ansiedad generalizada	0,8	1

**valores corresponden a medias M*

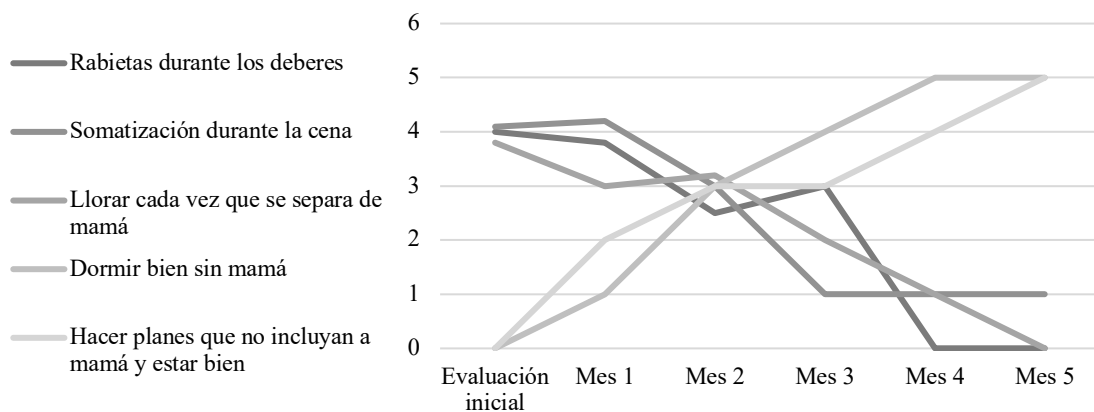
Durante el tratamiento se ha podido comprobar la mejoría del paciente por la disminución de las conductas problema que se identificaron en las primeras sesiones de evaluación y de las que se obtuvo una línea base. Estos resultados cualitativos se pudieron obtener gracias a los autorregistros que se rellenaron como tareas durante toda la intervención (*Tabla 5*). El paciente tomó conciencia del problema y la motivación sirvió para que se

involucrara en el tratamiento de forma que este fue más eficaz en menor tiempo del esperado.

Finalmente, podemos decir que el tratamiento ha sido eficaz, revisando los datos de la línea base (*Figura 2*). Las conductas problema que definimos al principio de la intervención fueron registradas gracias a los autorregistros durante todos los meses de la intervención. En está podemos ver como las conductas, que M disminuyó de 5 veces por semana a 0 el número de veces que tenía una rabieta mientras hacía los deberes en casa de su abuela. Al igual que podemos ver con la conducta somatización durante la cena y llorar cada vez que se separa de mamá que han disminuido de 4 y de 3,8 a 1 y 0 respectivamente. No se consiguió eliminar la somatización por completo. Por último, las conductas dormir bien sin mamá y hacer planes que no incluyan a mamá están formulados de forma inversa, por lo que el aumento de la frecuencia de ambas indican mejoría en M, En el caso de dormid bien sin mamá, se comenzó con una frecuencia de 0 veces por semana, en el último mes la conducta aumentó a 5 veces por semana. De igual forma hacer planes sin mamá y estar bien aumentó de forma más lenta y menos exponencial.

Figura 2

Línea base conductas problema durante el tratamiento



Frecuencia medida en número de veces por semana

Discusión

El objetivo de este trabajo fue demostrar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en un caso de ansiedad por separación en un menor, sin el uso de ningún tipo de tratamiento farmacológico, utilizando únicamente las técnicas cognitivas recomendadas para este trastorno.

Las técnicas cognitivas y conductuales empleadas, como se ha podido comprobar en los resultados, han contribuido a la reducción de la sintomatología física (dolores de estómago, aumento del ritmo cardíaco), ha disminuido las conductas problema (Ansiedad y dolor de barriga durante la cena, llanto y palpitaciones antes de dormir sin mamá, evitación de planes que no incluyan a mamá) al igual que con las respuestas cognitivas como la preocupación por estar sin mamá en casa de papá.

El mayor logro de la intervención fue lograr la independencia del paciente con respecto de su madre para poder llevar con tranquilidad y normalidad su vida, además, también haber conseguido que la ansiedad no interfiera en sus responsabilidades y planes. Es importante señalar que, aunque la mejoría de M en cuanto a su trastorno de ansiedad por separación se ha obtenido gracias a la terapia cognitivo conductual, la evolución exitosa que este ha tenido se debe también a factores como el apoyo social de su familia, su motivación y adherencia al tratamiento. Estos resultados no pueden generalizarse debido a las limitaciones de este tipo de estudios de caso único, pero sí se pueden tener en cuenta como punto de partida para futuras investigaciones.

Aunque en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se señala como uno de los principales síntomas el malestar al asistir al colegio, en este caso no se ha visto interferencia alguna del trastorno en esta área de su vida, por ello, y al contrario de lo que señala (Rubi & Sunita, 2021), el rendimiento escolar de M y su comportamiento en el colegio no se vio afectado antes ni después del tratamiento. De acuerdo con los estudios

que indican el pronóstico de trastorno de ansiedad en hijos de padres divorciados (Aguilar, 2006). (Orgiles, Espada, & Mendez, 2008) se cumple en este caso, ya que el paciente presentaba un apego normativo para su edad y el divorcio de sus padres sumado al cambio en la dinámica familiar que este conlleva fue el detonante de su problema. De la misma forma, la dificultad más importante que cabe destacar en este trabajo es sin duda la cooperación entre padres. Orgilés Amorós (2003) señala los beneficios en este tipo de trastornos de la terapia cognitivo conductual junto con intervención familiar, ambas intervenciones hacen que los resultados sean mucho más efectivos y duraderos a largo plazo. Sin embargo, la situación familiar de estos padres que se encontraban atravesando procesos judiciales por divorcio no era la indicada para llevar a cabo este tipo de terapia, ya que, a pesar de intentarlo, la tensión entre los progenitores y la falta de colaboración activa de estos en el proceso hicieron complicada la intervención familiar no creemos que hayan tenido un impacto positivo muy elevado en su mejoría. No se ha encontrado dificultad en obtener bibliografía sobre el trastorno y tratamiento ya que no se trata de un caso atípico, aunque sí sobre intervenciones familiares en caso de padres divorciados enfocado en trastornos de ansiedad. El único elemento del que no se ha encontrado bibliografía es de la ausencia de la preocupación por la separación en el colegio, la hipótesis que se sostuvo es que se debe al buen apego de este a su profesora y las buenas habilidades y relación sociales que presentaba con sus compañeros. Sería interesante potenciar esta línea de investigación ya que la fobia escolar es un trastorno comórbido a este, además de un síntoma muy característico de este trastorno este paciente no presentaba.

Bibliografía

- Aguilar, J. (2006). *Con mamá y con papá*. Málaga: Almuzara.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5 ed.).
DOI:<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barlow, D., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C. (2017). *Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. La búsqueda de la eficacia y la efectividad*. Pirámide.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Chase, R., & Pincus, D. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 224–236.
DOI:[10.1080/15402002.2011.606768](https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606768)
- Echeburua, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J., Méndez, F., Orgilés, M., & Hidalgo, M. (2006). *Cuestionario de ansiedad por separación infantil, Forma Niños*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. España: Síntesis.
- Fonseca-Pedrero, E. (2021b). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Higa-McMillan, C., Francis, S., Rith-Najaria, L., & Chorpita, B. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2(45), 91–113.
DOI:[10.1080/15374416.2015.1046177](https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177)

- James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. . *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. DOI: [0.1002/14651858.CD004690.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub3)
- Llavona, L., & Mendez, F. (2012). *Manual del psicólogo de familia*. Madrid, España: Pirámide.
- Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Therapy in Practice*, 15, 93-104. DOI: [10.2165/00023210-200115020-00002](https://doi.org/10.2165/00023210-200115020-00002)
- Meltzer, L., & Mindell, J. (2014). Systematic review and metaanalysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*(39), 932–948. DOI:[10.1093/jpepsy/jsu041](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu041)
- Méndez, F., Espada, J., Orgilés, M., Garcia-Fernandez, J., & Hidalgo, M. (2008). Psychometric properties and diagnostic ability of the Separation Anxiety Scale for Children (SASC). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(17), 365-372. DOI:[10.1007/s00787-008-0678-8](https://doi.org/10.1007/s00787-008-0678-8)
- Mendez, F., Orgiles, M., & Espada, J. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Nuñez Mederos, C., Pérez Cernuda, C., & Castro Peraza, M. (2017). Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 296-309.
- Orgilés Amorós, M., Méndez Carrillo, F., Rosa Alcazar, A., & Ingles Saura, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 2(19), 193–204. DOI:<https://doi.org/10.6018/analesps>

- Orgiles, M., Espada, J., & Mendez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20(3), 383-388.
- Patel, A., & Bryant, B. (2021). Separation Anxiety Disorder. *JAMA*, 18, 1880. DOI: [10.1001/jama.2021.17269](https://doi.org/10.1001/jama.2021.17269)
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1(39), 59-66. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00017>
- Rith-Najarian, L., Park, A., Wang, T., Etchison, A., Chavira, D., & Chorpita, B. (2017). Applying new evidence standards to youth cognitive behavioral therapies: A review. *Behaviour Research and Therapy*(90), 147–158. DOI: [10.1016/j.brat.2016.12.011](https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.011)
- Rubi, S., & Sunita, M. (2021). Relationship between parental separation and academic performance of the adolescents. *International Journal of Home Science*, 1(7), 144-146.
- Vaughan, J., Coddington, J., & Azza, H. (2017). Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(4), 433-440. DOI: [doi:10.1016/j.pedhc.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.11.003)

Anexo I. Actividades sesión 8

Duración:	1 hora
Técnicas:	Economía de Fichas
Participantes:	Sesión con padres y paciente

Establecer conductas para reforzar:

- Expreso lo que siento en vez de llorar cuando hago los deberes.
- Hago los deberes de forma calmada.
- Hago mis ejercicios de relajación cuando me acuestan para dormir.

Reforzadores en la primera semana:

- 1 punto por conducta al día
- 3 puntos en un día = premio pequeño
- 10 puntos en una semana= premio mediano
- 12 puntos en una semana= premio grande

Premios pequeños	Premios medianos	Premios grandes
Regalito del kiosko	Ir a patinar al parque	Ir al zoo
Peonza	Ir al cine	Lego
Cromos	Tarde de juegos en casa	Ir al parque de bolas con los primos

TABLA economía de fichas

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

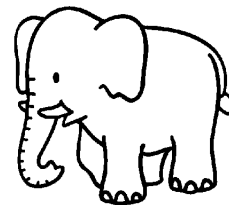
Duración:	1 hora
Técnicas:	Relajación de Koepen Semáforo
Participantes:	Sesión individual con paciente

Texto para relajación de Koepen espalda, cuello y estómago:

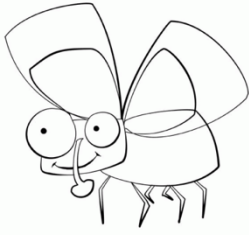
Ahora imagínate que eres una tortuga. Imagínate que estás sentado encima de una roca en un lago tranquilo relajándote con los rayos del sol; te sientes tranquilo y seguro. ¡Oh! De pronto tienes una sensación de peligro. ¡Vamos! Pon la cabeza dentro de tu caparazón, trata de levantar los hombros hacia tus orejas, intenta poner la cabeza entre los hombros. Aguanta así, no es fácil ser una tortuga que está dentro de su caparazón. Ahora el peligro ya ha pasado, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol; relájate y siente el calor del sol. Cuidado, más peligro, rápido pon la cabeza dentro, has de tener la cabeza totalmente dentro para poder protegerte, ¿de acuerdo? Ya puedes relajarte saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate en que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más ¡Peligro! Esconde la cabeza, lleva tus hombros hacia las orejas y no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera del caparazón. Quédate dentro, siente la tensión en tu cuello y en tus hombros; de acuerdo, ya puedes salir de tu caparazón, el peligro ha pasado. Relájate, ya no habrá peligro, no tienes por qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.



Imagínate que estás estirado sobre el césped, ¡oh, mira! Por allí viene un elefante, pero él no está mirando por dónde pisa. No te he visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ¡no te muevas! No tienes tiempo de escapar. Trata de tensar tu estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así; espera, parece como si el elefante fuera a irse en otra dirección. Relájate, deja el estómago suave y relajado, tanto como puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! Por allí vuelve otra vez. ¿Estás



preparado? Si te pisa y tienes el estómago duro, no te hará ningún daño. Pon el estómago duro como una roca, ¿de acuerdo? Parece que otra vez se va. Puedes relajarte. Siente la diferencia que existe entre tener el estómago tenso y tenerlo relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. ¡No te lo puedes creer!, pero el elefante está volviendo, y esta vez parece que no cambiará de camino, viene directo hacia ti.



Tensa el estómago. Ténsalo fuerte, lo tienes casi encima de ti, pon el estómago duro, está poniendo una pata encima de ti, tensa fuerte. Ahora parece que se va, por fin se aleja.

Puedes relajarte completamente, estás seguro, todo está bien, te sientes seguro, tranquilo y relajado.

Esta vez vas a imaginarte que quieres pasar a través de una valla muy estrecha y que en sus bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar, y para eso te harás delgado, metiendo tu estómago hacia dentro; intenta que tu estómago toque tu columna. Intenta meter tu estómago todo lo que puedas, ¡has de atravesar la valla! Ahora relájate y siente cómo tu estómago está flojo, Muy bien, vamos a intentar nuevamente pasar a través de la estrecha valla. Encoge el estómago, intenta que toque tu columna, déjalo realmente dentro, muy dentro, tanto como puedas, aguanta así, has de pasar esta valla. Muy bien, has conseguido pasar a través de la valla sin pincharte con sus estacas. Ahora relájate, deja que tu estómago vuelva a la posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

Plan de Actuación

¿CÓMO CONTROLLO MIS EMOCIONES?

Cada vez que sientas una emoción que creas que no puedes controlar, acude a este plan de actuación.

PARAR

P

Párate y respira. Tómate tu tiempo para procesar la emoción que estás sintiendo.

STOP

ENTENDER

E

Trata de analizar tus sensaciones y de entender qué emoción estás sintiendo.



DECIDIR

D

Decide qué estrategias vas a utilizar para gestionar la emoción que estás sintiendo.



REFLEXIONAR

R

Analiza las estrategias que has utilizado y reflexiona acerca de si te sirven o no para futuras ocasiones.



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 17/11/2023

Nombre del tutor/a	Estefanía Estevez López
Nombre del alumno/a	Alba del Sol Cases Moreno
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Tratamiento cognitivo conductual para trastorno de ansiedad por separación caso único
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231115101000
Código de autorización COIR	TFM.MPG.EEL.ADSCM.231115
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Tratamiento cognitivo conductual para trastorno de ansiedad por separación caso único** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

