

# **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA**

**Autora: Sara González Socas**

**Tutores: María Concepción Cristina Ramos Pérez y Pablo García Medina**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología. Facultad de Psicología y Logopedia.  
Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología**

**Universidad de La Laguna. Curso académico 2018-2019**



## ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Ansiedad por separación.....	4
2. Trastorno de ansiedad por separación.....	7
2.1. Teorías explicativas.....	9
2.2. Factores de riesgo	
2.2.1. Apego.....	12
2.2.2. Influencia del estilo relacional entre padres e hijos.....	13
2.2.3. Experiencias forzadas de separación.....	16
2.2.4. Temperamento.....	16
2.3. Evaluación.....	17
2.4. Tratamiento.....	22
3. Conclusiones.....	29
4. Referencias.....	31

## **RESUMEN**

Los trastornos de ansiedad en niños representan unos de los trastornos más predominantes en la sociedad actual. A lo largo del periodo de la infancia, y más aún en edades muy tempranas, es muy común que los niños manifiesten miedo o malestar ante la marcha o separación de sus figuras de apego, normalmente de sus padres. Esta ansiedad que experimentan los más pequeños puede variar a lo largo de un continuo que va desde experimentar un malestar o ansiedad que posee un valor adaptativo, hasta experimentar un malestar persistente o ansiedad desproporcionada y desadaptativa, y por tanto patológica. En el presente trabajo se plantea establecer la diferencia entre la ansiedad por separación, que forma parte del curso evolutivo normal, y el trastorno de ansiedad por separación, considerado patológico. Asimismo, se exponen diferentes métodos de evaluación y tratamientos que han resultado ser más eficaces para el trastorno de ansiedad por separación.

**PALABRAS CLAVE:** ansiedad por separación, trastorno de ansiedad por separación, infancia, evaluación, tratamientos.

## **ABSTRACT**

Anxiety disorders in children represent one of the most prevalent disorders in today's society. Throughout the period of childhood, and even more at very young ages, it is very common for children to express fear or discomfort when they are separated from their attachment figures, usually from their parents. This anxiety experienced by children can vary along a continuum from experiencing a malaise or anxiety that has an adaptive value, to experiencing a persistent discomfort or disproportionate and maladaptive anxiety, and therefore pathological.

In the present work it is proposed to establish the difference between separation anxiety, which is part of the normal evolutionary course, and separation anxiety disorder, considered pathological. Also, different evaluation methods and treatments that have proven to be more effective for separation anxiety disorder are exposed.

**KEY WORDS:** separation anxiety, separation anxiety disorder, childhood, evaluation, treatments.

## **1. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

A lo largo de la historia de la evolución, aquellos individuos de la especie humana que han logrado sobrevivir a lo largo de diferentes generaciones, han adquirido ciertos mecanismos innatos que les han permitido sobrevivir.

En base a ello, la teoría del apego postula que los seres humanos nacen con predisposiciones conductuales, tales como la succión, llanto, sonrisa o el aferramiento a los cuidadores principales, permitiéndoles satisfacer esa tendencia innata a iniciar contacto con otros y apearse a ellos (Bowlby, 1976). Ello promueve el vínculo afectivo entre el niño y sus progenitores, pues el niño necesita de los cuidados, el afecto y la protección de sus figuras de apego para lograr su supervivencia, dada las escasas habilidades y capacidades con que nace.

En el transcurso del tiempo se desarrolla el apego, el cual no se establece desde el nacimiento, siendo necesario un periodo temporal en el que el niño, ya sea por medio de la interacción con sus progenitores así como el desarrollo de habilidades cognitivas y afectivas a medida que va creciendo, le permita establecer la figura de apego hacia a la que se orientan especialmente, que de acuerdo con Bowlby es la figura materna.

Para comprender el curso de desarrollo del apego, Bowlby ha formulado cuatro etapas que se exponen a continuación.

TABLA 1

*Desarrollo del apego según Bowlby en base a Corral, Gutiérrez y Herranz (2001).*

ETAPA	DEFINICIÓN
<b>Preapego</b> (nacimiento- 6 semanas)	Niño/a manifiesta interés por determinados aspectos como la voz de su madre. Aún no exhibe conductas de apego.
<b>Formación del apego</b> (6 semanas y 6-8 meses)	Niño/a es capaz de diferenciar a la madre del resto de personas, resultándole especialmente hostil la pérdida de contacto humano.
<b>Apego propiamente dicho</b> (6-8 meses y 18 meses)	Niño/a manifiesta ansiedad ante situaciones de separación de la madre negándose a establecer interacción con alguna otra figura.
<b>Relaciones recíprocas</b> (18 meses - 2 años en adelante)	Niño/a ha desarrollado el concepto de <i>permanencia del objeto</i> , permitiéndole hacerse una representación mental de la figura de apego cuando ésta no está presente, comprendiendo que su separación de la figura de apego no es determinante.

El cumplimiento más o menos satisfactorio de las diferentes etapas de desarrollo del apego permitiría al niño establecer o no una vinculación afectiva sólida con su figura de apego principal, que consecuentemente determinará el establecimiento de un tipo particular de apego, influenciado por la presencia o ausencia de una serie de factores, principalmente la disponibilidad de la figura de apego y la prestación de cuidados al menor desde temprana edad.

De igual manera que las conductas de apego que lleva a cabo el niño le permiten la proximidad hacia sus figuras de apego, y por lo cual resulta adaptativo en el logro de su supervivencia, determinados miedos en etapas tempranas del desarrollo, se consideran también conductas instintivas, ya sea ante la presencia de señales de peligro innatas y/o la ausencia de una figura de apego (Lafuente y Cantero, 2015).

De acuerdo con Llavona y Méndez (2012), el miedo del niño a la separación de sus padres predomina desde el nacimiento hasta los 2 años, persiste desde los 3 hasta los 8 años y disminuye a partir de los 9 y 12 años. Este miedo evolutivo, supone la dependencia máxima de sus cuidadores, permitiéndole adquirir las habilidades necesarias para su adaptación al medio. De hecho, “uno de los indicios de que se ha establecido el vínculo de apego es el temor o ansiedad de separación” (Lafuente y Cantero, 2015, p. 32).

La ansiedad por separación representa, por tanto, el miedo que el niño manifiesta a edades muy tempranas, ante la separación física, o su anticipación, de lo que él considera sus figuras de apego, generalmente sus padres. Se trata de un miedo evolutivo que, además de estar acorde con el nivel de desarrollo del niño, tiene un valor adaptativo, pues constituye un mecanismo de supervivencia que le permite al niño, estar próximo a las figuras que le ayudan a sobrevivir, y con ello el desarrollo de un apego seguro hacia esas figuras.

Ante situaciones de separación de sus figuras de apego, la ansiedad toma protagonismo, aunque es “leve, pasajera y se extingue de forma natural en el curso del desarrollo” (Méndez, Orgilés y Espada, 2017, p. 25). Sin embargo, y teniendo en cuenta una serie de factores de riesgo, la ansiedad puede intensificarse, afectando a diferentes estratos de su desarrollo y permanecer más allá del curso evolutivo normal, pudiendo padecer un trastorno de ansiedad por separación.

## **2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (TAS)**

De acuerdo con González y Montoya (2015), “para que la ansiedad por separación se considere patológica es necesario atender a la edad del niño (mayor de 3 años), a la frecuencia, intensidad y duración del malestar asociado a la separación” (p. 242).

Así, el TAS supone un malestar intenso y persistente ante la separación de sus figuras de apego. A diferencia de la ansiedad por separación, la angustia es desadaptativa e inapropiada y no está acorde con la edad ni el nivel de desarrollo del niño (APA, 2014), afectando significativamente en su desarrollo a nivel personal, familiar, social e incluso académico.

El TAS es más frecuente en niños que en adolescentes o adultos, manifestándose comúnmente entre los 6 y los 12 años (Ezpeleta y Toro, 2014). El DSM-V lo sitúa como uno de los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia en niños menores de 12 años, con una prevalencia en torno a un 4% que disminuye a lo largo de la infancia, aunque las conductas evitativas y la ansiedad vinculadas a la separación pueden persistir en la adultez (APA, 2014). Orgilés, Espada, García, Méndez e Hidalgo (2011), obtuvieron que de una muestra de 1.407 niños españoles, el 3,9% cumplían los criterios diagnósticos para el TAS.

En cuanto a la comorbilidad del TAS en la infancia, son el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia escolar u otra fobia específica los trastornos de ansiedad que más se diagnostican junto con el TAS (Ezpeleta y Toro, 2014; Méndez et al., 2017).

Sin embargo, a pesar de que el TAS es un trastorno con evitación fóbica, pues se evita la separación, no se incluiría en el diagnóstico de fobia escolar, pues en ese caso la negativa al ir al colegio es debido a circunstancias relacionadas con el ámbito escolar, ya sea por acoso, miedo al bajo rendimiento... (Ezpeleta y Toro, 2014).

Asimismo, mientras que en el TAG, a pesar de compartir síntomas con el TAS como la ansiedad excesiva y síntomas somáticos, las preocupaciones se derivan de diversas situaciones. Es en el TAS donde las preocupaciones conciernen al tema de la separación de sus progenitores.

A diferencia de los trastornos con los que el TAS presenta comorbilidad, el niño con este trastorno, además de una ansiedad anticipatoria intensa y desproporcionada ante situaciones que requieren la separación de sus progenitores, manifiesta miedo a permanecer sólo. Los niños más pequeños suelen presentar quejas psicósomáticas como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos. Sin embargo, los niños de mayor edad suelen padecer palpitaciones, vértigo y sensaciones de desmayo (Ezpeleta y Toro, 2014).

A nivel conductual, puede darse “un comportamiento negativista e incluso agresivo, con rabietas, llantos, gritos, súplicas, amenazas o ataques físicos” (Méndez et al., 2017, p. 27) como una estrategia para lograr compromiso parental consistente (Lafuente y Cantero, 2015). Además presentan una preocupación excesiva por un posible daño que pueda sufrir él mismo durante el tiempo de separación (temor a ser secuestrado o herido...) o el progenitor (asesinato, daño, secuestro...), así como dificultades a la hora de irse a dormir, con recurrentes pesadillas catastróficas relacionadas con el ámbito familiar.

En cuanto a sus dificultades a la hora de conciliar el sueño, un estudio llevado a cabo con un total de 1.100 niños de entre 8 y 12 años con o sin presencia de ansiedad por separación, se obtuvo el siguiente resultado. Tras la aplicación del Autoinforme de Sueño infantil que evalúa hábitos y problemas de sueño (calidad de sueño, ansiedad relacionada con dormir, rechazo a dormir y rutinas para ir a dormir), se obtuvo que aquellos niños que presentaban síntomas del TAS tenían más dificultades de hábitos y problemas de sueño.

Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas entre niños con ansiedad por separación de los que no lo presentan, en los ítems referidos a que el niño no duerma en su cama, la necesidad de dormir acompañado y el permanecer despierto por la noche aun los padres piensen que se encuentren durmiendo.

Se concluye en este estudio que los niños con sintomatología ansiosa presentaban menos rutinas, más ansiedad relacionada con el sueño, peor calidad de sueño y más rechazo al ir a dormir (Orgilés, Fernández, González y Espada, 2016).

A partir de la información proporcionada acerca de las características del trastorno en cuestión, resulta interesante conocer un marco de referencia teórico que haga alusión a determinados aspectos que puedan considerarse precursores del desarrollo del trastorno.

## **2.1. TEORÍAS EXPLICATIVAS**

Desde la perspectiva de la psicología del desarrollo, la teoría del apego postula que las vinculaciones afectivas entre el niño y sus progenitores influye en su desarrollo cognitivo y de la personalidad. A partir de este supuesto, varios autores han desarrollado teorías y modelos explicativos sobre la repercusión de determinados factores en la calidad de la relación.

Así, Thomas y Chess (1977) plantean el *modelo de bondad de ajuste*, que sugiere que la vulnerabilidad del niño a la hora de presentar psicopatología, en concreto ansiedad por separación, viene dado por la adecuación que exista entre las características del niño, principalmente su temperamento y apego a las figuras principales, y su entorno, concretamente el estilo educativo y afectivo que los padres ejerzan para con el niño (como se citó en Méndez et al., 2017)

Desde una perspectiva evolucionista, la teoría del apego resalta la importancia del apego en la supervivencia de los seres humanos, con los cuidados y la protección proporcionados por la figura de apego, permitiendo desarrollar en última instancia un vínculo seguro. Sin embargo, Rubin y Mills (1991) sugieren un *modelo evolutivo*, que plantea que una relación insegura de apego puede predecir el desarrollo de una conducta retraída ansiosa, es decir, el niño acaba por manifestar inhibición conductual, que provoca que lleve a cabo conductas de evitación y retraimiento al verse expuesto a situaciones o estímulos desconocidos, que le provocan un estado de ansiedad.

Este estilo de comportamiento inhibido en el niño, repercute en su área social, teniendo dificultades para jugar o interactuar con sus iguales, acudir al colegio..., permaneciendo la mayor parte del tiempo bajo el amparo de sus padres. Éstos manifiestan conductas para con el niño con la finalidad de ayudarlo a resolver los problemas inter o intrapersonales que pueda experimentar, adoptando un estilo excesivamente intrusivo.

El modelo postula que el ajuste socioemocional es un producto conjunto de tres factores: las disposiciones temperamentales innatas en el niño, experiencias de socialización con los padres y ciertas condiciones externas que influyen en el funcionamiento de la familia (recursos materiales, creencias sobre la crianza del niño, valores, apoyo...).

Un padre que está bajo estrés, no tiene una red social de apoyo y / o tiene creencias insensibles de crianza, es probable que sea insensible y no responda. Cuando un padre así tiene un hijo con un temperamento difícil, es probable que la calidad de su relación sea negativa y que el niño desarrolle una sensación de inseguridad emocional. El sentimiento de inseguridad que siente el niño, a su vez, dificultará la exploración social positiva y fomentará el desarrollo de un ajuste social y emocional deficiente. (Rubin y Mills, 1991, p. 313)

A propósito del estrés que puedan experimentar los progenitores ante la crianza de sus hijos, Abidin (1990) propone el *modelo de estrés parental*. El modelo plantea que esta tensión es fruto de la percepción del progenitor para poder hacer frente a las exigencias que supone la crianza, que podría dificultar el establecimiento de una vinculación adecuada.

El modelo sugiere que ciertas características de los niños predisponen al estrés de los progenitores, tales como “el temperamento, el grado en que el hijo cumple las expectativas que los padres tenían sobre él y el nivel de refuerzos que el niño ofrece a sus padres” y peculiaridades de los padres como los “rasgos de personalidad, problemas psicopatológicos, habilidades en el manejo del niño o la relación conyugal” (como se citó en Lafuente y Cantero, 2015, p. 137).

La teoría del procesamiento de la información subraya que la manera que tiene el individuo de procesar la información, se ve influida por los modelos de representación interna que el individuo forma sobre sus relaciones. Tal es así que “diferentes historias de interacción progenitor-hijo promueven diferentes modelos mentales de relación y, consecuentemente, diferentes relaciones de apego” (Lafuente y Cantero, 2015, p.130). Así, Manassis (2001) y de acuerdo a *su modelo de la doble vía*, “sugiere que el niño con temperamento difícil promueve el desarrollo de un apego ambivalente” (como se citó en Méndez et al., 2017, p.51).

Los niños con TAS, presentan un apego ansioso-ambivalente, caracterizado por la escasa exploración del entorno en presencia de la figura de apego. Ante situaciones de separación de la figura de apego, la ansiedad del niño es bastante notoria. Cuando la figura de apego regresa, además de ser ardua la tarea para intentar consolarle, el niño intenta establecer contacto con la figura, buscando cierto grado de proximidad y en la mayor parte de las ocasiones deniegan el contacto que la madre quiere establecer con él.

En definitiva, las teorías explicativas anteriormente señaladas coinciden en señalar que hay unas variables individuales como el temperamento del niño que, junto a la relación de éste con sus padres influida por los estilos relacionales y afectivos así como el tipo de apego que se haya establecido, pueden influir en el desarrollo de conductas ansiosas por parte del niño, y por consiguiente manifestar ansiedad por separación. Estas teorías, por tanto, han dado pie a considerar una serie de factores de riesgo en el desarrollo del TAS.

## **2.2. FACTORES DE RIESGO**

De acuerdo con las teorías explicativas desarrolladas anteriormente, son diversos los factores de riesgo que pueden influir significativamente en que la ansiedad por separación se torne patológica, entre ellos el tipo de apego establecido.

### **2.2.1. APEGO**

En la etiología del TAS tiene un peso fundamental el vínculo afectivo que se haya establecido entre padres e hijos. El apego supone el establecimiento de una relación afectiva con una figura en particular, que suponga una fuente de seguridad para el niño, de proximidad, afecto, y satisfacción de sus necesidades básicas de manera consistente, sensible y apropiada.

Ello supondría el establecimiento de un vínculo seguro del niño con sus progenitores y supone el pilar fundamental para su supervivencia y desarrollo posterior. Tal es así, que Bowlby (2006) señala que “el mantenimiento imperturbable de un vínculo es experimentado como una fuente de seguridad” (p.158) (como se citó en Arias, 2014), y por ello el niño manifiesta temor ante la separación de sus progenitores.

Sin embargo, aquellos vínculos socioemocionales inconsistentes o insensibles suponen el desarrollo de un vínculo inseguro, de resistencia o ambivalencia, y ante el cual los niños están inmersos en un contexto de incertidumbre pues no confían en la accesibilidad de sus figuras de apego a la hora de proporcionarles afecto y protección y que les responda adecuadamente, adoptando el niño “la estrategia de mantenerse muy cerca de ellas con el fin de asegurarse su disponibilidad en la medida de lo posible” (Bowlby, 1998, p. 237), activando intensamente sus esquemas de apego ante situaciones de separación para poner remedio a la intensa ansiedad que manifiesta.

El tipo de apego establecido dependerá en gran medida de los patrones educativos e interacciones que los padres ejerzan para con sus hijos.

### **2.2.2 INFLUENCIA DEL ESTILO RELACIONAL ENTRE PADRES E HIJOS**

El estilo relacional que se dé en el seno de la familia, repercute en el desarrollo emocional, social y afectivo del niño.

La investigación de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) puso de manifiesto que “la dimensión sensibilidad-insensibilidad parental se relaciona con la dimensión seguridad-inseguridad del apego infantil” (como se citó en Lafuente y Cantero, 2015, p.132). Dependiendo de la sensibilidad materna durante la primera infancia, es decir, de la capacidad que presente la madre para percibir, interpretar y responder de forma adecuada a las necesidades y señales que emite el niño, éste puede manifestar una vinculación segura o insegura.

Aquellos niños que presentan TAS, al haber desarrollado un tipo de vinculación insegura, lo que ha predominado ha sido la insensibilidad materna, que según Isabella, Belsky y von Eye (1989), se caracteriza por “una percepción inadecuada e inconsistente, junto con una interpretación y respuesta inapropiada a las señales del bebé, por lo que se generan interacciones asincrónicas, inoportunas e insatisfactorias” (p. 133) (como se citó en Lafuente y Cantero, 2015). Además, Ainsworth et al. (1978) proponen que el apego resistente/ambivalente, característico de este trastorno, ha sido teóricamente asociado con una baja disponibilidad e implicación conductual y emocional parental.

Así, en función de las interacciones tempranas que los padres hayan establecido con sus hijos, de que hayan estado emocionalmente disponibles y que el niño haya desarrollado *expectativas de disponibilidad*, es decir, que el niño sea consciente de que su figura de apego sigue estando disponible a pesar de la situación de separación, harán que el niño desarrolle o no un modelo mental de relación que le permita “anticipar cómo responderá su cuidador en función de su experiencia, en el tipo e intensidad de las nuevas conductas de apego que el niño muestre y en los sentimientos que la relación genere” (Lafuente y Cantero, 2015, p.131).

Este modelo mental de la relación o “Internal Working Model”, es por tanto un tipo de representación estable de las figuras de apego que el niño construye en base a hechos concretos y la interpretación subjetiva que hace el niño de los mismos, incluyendo recuerdos, creencias, expectativas..., así como una representación del propio individuo (Lafuente y Cantero, 2015).

Así, un niño que forma un concepto negativo de su figura de apego (rechazadora, poco accesible, distante, inconsistente) y consecuentemente un concepto negativo de sí mismo (incompetente, carente de valor), que tiene malos recuerdos de sus relaciones pasadas y genera malas expectativas respecto a las futuras, desarrollará un apego de mala calidad, es decir, inseguro (Lafuente y Cantero, 2015, p. 65).

Asimismo, son muchos los padres y madres que ante el comportamiento de aferramiento que manifiesta el niño ante situaciones de separación, ejercen un estilo educativo basado en la sobreprotección, que puede actuar como reforzador positivo de las conductas de proximidad y contacto físico del niño, o como reforzador negativo, referido a la evitación de la ansiedad por separación (Méndez et al., 2017).

Ello fomenta la escasez de experiencias de separación del niño de sus cuidadores principales y por tanto, mayor ansiedad experimentada ante situaciones de separación de los mismos. Ya subrayaban López y Arango (2014), las consecuencias más relevantes de la sobreprotección infantil, entre ellas “la falta de autonomía y dificultad para tomar sus propias decisiones, un desarrollo parcial y limitado de su personalidad, ausencia de aprendizajes de nuevas conductas, huida de lo novedoso y extrema necesidad de sus padres” (como se citó en Montaña, 2016, p.10).

El tipo de vinculación establecida, dependerá en gran medida de la disponibilidad, no sólo emocional sino también física, de la figura principal de apego. Por ello, el hecho de que el niño haya experimentado situaciones que requieren la separación forzosa o traumática de sus padres, se considera otro de los factores de riesgo.

### **2.2.3 EXPERIENCIAS FORZADAS DE SEPARACIÓN**

De acuerdo con Lafuente y Cantero (2015) “las situaciones que resultan especialmente nocivas para el desarrollo infantil pueden agruparse en dos grandes categorías: imposibilidad de formar vínculos afectivos y ruptura de los mismos por separación en una etapa temprana de la vida” (p. 169).

El que el niño experimente situaciones forzadas de separación que se prolongan en el tiempo, tales como la escolarización, los campamentos de verano, viajes frecuentes de los padres, así como experiencias de separación traumáticas como el divorcio, la hospitalización, ingreso en orfanatos, adopción, acogimiento o la muerte de uno de los padres, situaciones que, debido a la ausencia de cuidados maternos afectuosos, pueden propiciar la aparición del trastorno (Méndez et al., 2017).

No son sólo los factores ambientales como las situaciones que requieren la separación física del niño de sus progenitores, sino que hay una cierta influencia de lo biológico que predispone a padecer TAS, en concreto, del temperamento del niño.

### **2.2.4 TEMPERAMENTO**

“El temperamento del niño, es decir, el conjunto de pautas reactivas emocionales y autorreguladoras, de origen en buena parte innato, y que se mantienen constantes a lo largo del desarrollo” puede predisponer al desarrollo posterior de trastornos de ansiedad (Echeburúa y Corral, 2009, p.83)

“Las características temperamentales del niño han sido el factor más frecuentemente asociado con la sensibilidad parental y con la calidad del apego padres-hijo” (Lafuente y Cantero, 2015, p. 140). Autores como Ezpeleta y Toro (2014) señalan el temperamento difícil del niño, caracterizado por manifestar reacciones emocionales frecuentes, intensas y duraderas, que presentan dificultades para ser consolados así como de adaptación y autorregulación, como un factor que puede contribuir al desarrollo del TAS.

Ello dificulta el vínculo que se establezca con sus padres, “de hecho, las madres cuyos hijos lloran mucho inician menos interacciones y dedican menos tiempo a las mismas” (González, Fuentes, De La Morena y Barajas, 1995, p. 205).

Los factores anteriormente comentados, parecen ser los principales determinantes de riesgo para el posterior desarrollo del TAS. Asimismo, de cara a la realización de una correcta evaluación del trastorno, hay que tener en cuenta el grado de influencia de estos factores de riesgo en los diversos contextos en los que el niño se desarrolla.

### **2.3. EVALUACIÓN**

Realizar una correcta evaluación de cualquier trastorno supone el empleo de un plan general de evaluación, que garantice una evaluación multicontextos.

El Sistema de Evaluación Multiaxial de Achenbach Basado Empíricamente (Achenbach System of Empirically Based Assessment ASEBA, 1966), permite realizar una evaluación del niño recogiendo información de diferentes ámbitos, incluyendo el ámbito familiar, escolar, médico así como una evaluación cognitiva, física y directa del niño por parte del psicólogo.

En cuando al ámbito cognitivo, se ha comprobado que existe relación entre la calidad del apego infantil y el desarrollo cognitivo del niño. Aquellos niños que han desarrollado un vínculo seguro es predictor, a diferencia de aquellos con vinculación insegura, del rendimiento académico, superioridad en escalas de inteligencia, mejor expresión oral, vocabulario más enriquecido, mejor comprensión de las emociones negativas... (Lafuente y Cantero, 2015). Por lo tanto, sería conveniente evaluar la inteligencia del niño, tanto inteligencia general como emocional.

Asimismo, la familia proporciona una serie de características que promueven un óptimo desarrollo cognitivo y social, tales como la sensibilidad parental o actitudes de aceptación, apoyo o afecto al niño. Es la familia, por tanto, el seno del desarrollo del apego. Por ello es necesario conocer aspectos determinantes en la relación de los padres con el niño relacionados con los factores de riesgos anteriormente desarrollados.

Desde la perspectiva médica, un nacimiento prematuro, discapacidad física o psíquica, puede alterar la calidad de la relación del niño con sus padres. Investigaciones han llegado a la conclusión de que los niños prematuros “tienden a estar menos alerta, a responder menos y a tener más dificultades para comunicar sus necesidades, suelen ser más irritables, tienen un llanto más aversivo y son más difíciles de calmar” (Lafuente y Cantero, 2015, p. 141).

Del mismo modo, aquellos niños con discapacidad muestran menos conductas de apego. Además, debido al establecimiento de un tipo de apego inseguro que desencadena en ansiedad y estrés, supone un mayor riesgo de padecer enfermedades del sistema inmunológico (Lafuente y Cantero, 2015).

Para la evaluación de las áreas que propone el modelo de Achenbach, y que pueden resultar útiles para explorar aspectos relacionados con el TAS anteriormente comentados, se muestra a continuación una tabla que contiene algunos instrumentos que pueden resultar útiles para la evaluación de las mismas.

TABLA 2

*Elaboración propia. Evaluación multicontextos en base a Achenbach (1966); Bermejo, Ferrándiz, Ferrando, Prieto y Sáinz (2018); Reynold y Kamphaus (2004); Weschler (2005).*

AREAS	INSTRUMENTO	UTILIDAD
Entrevistas semiestructuradas y estructuradas a padres, al niño/a y profesores	y Historia estructurada de desarrollo- <i>BASC. Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes</i> (2004) - Reynold y Kamphaus 3-18 años	Motivo de consulta, revisión exhaustiva de la información social, psicológica, del desarrollo, educativa y médica del niño/a.
Cognitiva	<i>WISC-IV: Escala de Inteligencia de Weschler para Niños</i> (2011) – David Weschler 6-16 años	Comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento.
Cognitiva	<i>Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes</i> (2018) – Adaptación española (Bermejo et al.) 7-18 años	Inteligencia intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés y adaptabilidad.
Familiar	<i>BASC. Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes</i> (2004) - Reynold y Kamphaus 3-18 años	Escala: <i>relaciones con los padres.</i> Ajuste familiar/problemas con los padres.
Escolar	<i>BASC. Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes</i> (2004) - Reynold y Kamphaus 3-18 años	Escalas: <i>actitud negativa hacia el colegio/ actitud negativa hacia los profesores.</i> Grado de satisfacción/adaptación al sistema escolar y profesores.
Habilidades adaptativas	<i>BASC. Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes.</i> (2004) - Reynold y Kamphaus 3-18 años	Escala: <i>Habilidades Adaptativas.</i> Grado de adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo.
Conducta del niño	<i>BASC. Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes.</i> (2004) - Reynold y Kamphaus 3-18 años	Escalas: <i>Ansiedad.</i> Preocupación excesiva, miedos, nerviosismo. <i>Somatización:</i> Quejas somáticas. <i>Retraimiento:</i> Aislamiento.

En cuanto al ámbito médico, será necesario obtener información ya sea por medio de un informe o entrevistas semiestructuradas con el pediatra del niño, acerca de un posible nacimiento prematuro, hospitalizaciones, cirugías o tratamiento farmacológico que haya estado recibiendo.

Así pues, los instrumentos anteriormente señalados permiten explorar una serie de áreas relacionadas con problemas de tipo internalizante. Las áreas e instrumentos han sido seleccionados para lograr un acercamiento ante lo que pueda ser un posible caso de TAS, en base a la información previamente presentada siguiendo el modelo de Achenbach. Las posibilidades diagnósticas vendrán determinadas por los resultados proporcionados por el BAS-C, instrumento que se ha empleado como protocolo general y que constituye la base del plan de evaluación presentado, el cual proporcionará un acercamiento a un posible diagnóstico de trastorno de tipo internalizante.

En función de los mismos y viendo que el diagnóstico puede decantarse hacia un posible trastorno de ansiedad, se procederá a la aplicación de pruebas específicas de evaluación del TAS para de esta manera determinar que se está ante un caso de tal naturaleza y por tanto afianzar el diagnóstico. Ejemplos de tales pruebas se presentan a continuación.

### TABLA 3

*Elaboración propia. Instrumentos específicos para la evaluación del TAS en base a Méndez (2017); Silverman, Albano y Sandin (2001); Bernstein, Crosby, Perwien y Borchardt (1996); Bernstein y Garfinke (1992); Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo (2008); García Fernández (1997).*

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	UTILIDAD
Entrevistas estructuradas a niños/as y padres/madres	<i>ADIS-IV: C (2001)</i> . Silverman, Albano y Sandin. <i>ADIS-IV: P (2001)</i> . Silverman, Albano y Sandin.	Situaciones que provocan ansiedad en el niño/a, comportamiento ante situaciones de separación, inicio de manifestaciones de ansiedad por separación, cómo reaccionan los padres/madres, posibles antecedentes del trastorno, síntomas que presenta el niño/a.
Cuestionarios	<i>Cuestionario de ansiedad por separación en la infancia versión niños (CASI-N) (2008)</i> - Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo 6-11 años	Evalúa: malestar por la separación a nivel psicofisiológico y conductual, la preocupación por la separación de sus progenitores, tranquilidad o sensación de calma ante situaciones de separación.
Escalas de estimación	Escalas numéricas. <i>Escala Revisada de Ansiedad para niños (1996)</i> – Bernstein, Crosby, Perwien y Borchardt) Escalas gráficas. <i>Escala Revisada Análoga Visual para la Ansiedad (1992)</i> - Bernstein y Garfinkel) Niños/as con retraso mental, baja motivación para el tratamiento (Méndez et al, 2017)	Secuencia de números que indican diferentes magnitudes de la ansiedad por separación en diferentes situaciones. Dibujos que sirven para evaluar intensidad de la ansiedad. <i>Semáforo de ansiedad Escalera de ansiedad</i>
Escalas de evaluación	<i>Escala para Evaluar la Ansiedad por Separación (Separation Anxiety Assessment Scale; SAAS) (2005)</i> - Eisen y Schaafer	Evalúa: miedo del niño/a a estar solo/a, el miedo al abandono, quejas somáticas, miedo a la enfermedad física, preocupación por acontecimientos desastrosos así como el índice de señales de seguridad, es decir, si requiere de la constante presencia de sus padres.
Inventarios	<i>Inventario de miedos escolares para niños (1997)</i> - García Fernández 3-7 años	Evalúa: miedo al malestar físico, al fracaso escolar y al castigo, ansiedad anticipatoria y por separación, miedo a la agresión en la escuela así como miedo a la evaluación social.
Observación	Registro de inasistencia escolar (Méndez et al, 2017)	Dirigida a profesores. Evaluar el tiempo que permanece el niño/a fuera del aula, así como registrar en qué materias concretas se da tal situación. Evaluar la intensidad o frecuencia de la ansiedad por separación.

Los instrumentos propuestos anteriormente, específicos para la evaluación del TAS, han sido seleccionados atendiendo a determinados aspectos como la edad en la que mayormente se da el trastorno (6-12 años) así como las necesidades especiales de ciertos niños, y que permita establecer un diagnóstico fiable y que al mismo tiempo diferencie entre otros trastornos comórbidos tales como el rechazo escolar, descartando así posibles dificultades que el niño pueda tener con alguna materia en cuestión o si se trata de fobia escolar, o cualquier otra circunstancia que pueda invalidar el diagnóstico del TAS. Ello, permitirá evaluar determinados aspectos que, junto a la información recabada inicialmente siguiendo el modelo de Achenbach, permitirán planificar, un tratamiento que se adecúe a las necesidades de cada caso.

## **2.4. TRATAMIENTO**

Varios estudios coinciden en señalar que el tratamiento de elección para el TAS, es la terapia cognitivo-conductual tanto en niños como en adolescentes. “Este tipo de intervención, sola o en combinación con intervención familiar, se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo” (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003, p. 202). Tratamiento que si bien debe estar acorde con la evaluación previamente realizada, compete principalmente al niño y sus progenitores.

Además, gran parte de los tratamientos cognitivo-conductuales para el TAS, se destinan a trabajar un conjunto de aspectos que resultan ser comunes en varios de los planes terapéuticos que se llevan a cabo para tratar este trastorno, tales como el *Tratamiento Preceptivo* de Eisen y Schaefer (2005), la *Terapia de Interacción Padres-Niño Modificada* de Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, (2008), el *Programa Multidía para la Ansiedad Infantil en Campamento de Verano (CAMP)* de Santucci Y Ehrenreich (2007) o *El gato habilidoso* de Kendall (1990).

Para lograr una mayor diferenciación y clarificación acerca de las características de cada uno de los programas terapéuticos citados anteriormente, se expone a continuación una tabla que recoge aquellos aspectos más significativos de estos tratamientos.

TABLA 4

*Elaboración propia. Tabla comparativa de ejemplos de tratamientos para el TAS, en base a Kendall (1990); Eisen y Schaefer (2005); Santucci y Enrenreich (2007); Pincus et al (2008).*

<b>TRATAMIENTOS</b>	<i>El gato habilidoso.</i>	<i>Tratamiento preceptivo.</i>	<i>Programa Multidía para la Ansiedad Infantil en Campamento de Verano (CAMP).</i>	<i>Terapia de Interacción Padres-Niño Modificada.</i>
<b>AUTORES</b>	Kendall (1990)	Eisen y Schaefer (2005)	Santucci y Ehrenreich (2007)	Pincus et al (2008)
<b>DIRIGIDO A</b>	Padres/madres e hijos/as	Padres/madres e hijos/as	Padres/madres e hijos/as	Padres/madres e hijos/as
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	Programa genérico cognitivo-conductual para el TAS y otros trastornos como el TAG o la fobia social	Programa específico para el tratamiento del TAS	Programa cognitivo-conductual grupal para el tratamiento de la ansiedad en los jóvenes, a lo largo de una semana.	Modificación de <i>La Terapia de Interacción Padres-Hijos</i> (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) que trata de resolver los problemas de conducta en la infancia.
<b>COMPONENTES</b>	<p><b>Niños/as:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación emocional (role playing)</li> <li>- Jerarquía de situaciones</li> <li>- Identificar sensaciones de ansiedad</li> </ul> <p><b>PLANTEADOR</b></p> <p><b>T:</b> <i>¿Tengo miedo, estoy asustado?</i>: componente psicofisiológico</p> <p><b>E:</b> <i>¿Espero que pase algo malo?</i>: componente cognitivo</p> <p><b>M:</b> <i>Medidas o acciones que ayudan:</i> componente conductual</p> <p><b>O:</b> <i>Observación y valoración</i></p> <p><b>R:</b> <i>Recompensa</i></p> <p><b>Padres/madres:</b></p> <p>Práctica de relajación, abordaje de preocupaciones.</p>	<p><b>1er módulo para el niño/a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relajación muscular profunda</li> <li>- Respiración diafragmática</li> <li>- Visualización</li> </ul> <p><b>2º módulo para el niño/a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocontrol, mediante auto-observación, auto-valoración y auto-reforzamiento</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Resolución de problemas</li> </ul> <p><b>1er módulo para padres/madres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Manejo de contingencias</li> </ul> <p><b>Módulo conjunto padres/madres e hijos/as:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de jerarquía de situaciones</li> <li>- Exposición in vivo</li> </ul>	<p><b>Niños/as:</b></p> <p>Psicoeducación</p> <p>Manejo de la ansiedad somática</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Resolución de problemas</p> <p>Exposición gradual</p> <p>Recompensas</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p><b>Padres/madres:</b></p> <p>Psicoeducación</p>	<p><b>Fases:</b></p> <p><b>Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI):</b> a partir de la conducta del niño/a, los padres estimulan sus cualidades positivas (elogios...)</p> <p><b>Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI):</b> enseñar a los padres/madres estrategias de disciplina</p> <p><b>Bravery Directed Interaction (BDI):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación a padres/madres</li> <li>- Llevar a cabo prácticas de separación adecuadas</li> <li>- Jerarquías de miedo y evitación</li> <li>- Reforzamiento de la conducta del niño/a</li> </ul>

En definitiva, los tratamientos para el TAS en la infancia se basan mayormente en la psicoeducación a los padres, tanto informativa, indicando a los padres acerca de lo que consiste el TAS (cómo afecta a la vida del niño en diferentes ámbitos, consecuencias que acarrea...), como conductual, proporcionándole tácticas y herramientas para hacer frente a las situaciones a las que se exponen, tales como un uso adecuado de reforzadores en situaciones de separación. Todo ello con el objetivo de que los padres logren una mayor comprensión del trastorno y del modo en que se llevará a cabo la terapia.

El empleo de estrategias para la regulación de emociones en los niños es fundamental, y más aun si se está ante un caso de TAS, en el que el manejo de la ansiedad, ya sea mediante la práctica de relajación, la exposición gradual a situaciones de menor a mayor ansiedad... resulta imprescindible para el avance en la terapia. Es por ello que gran parte de los tratamientos elaboran una jerarquía de situaciones que le generan ansiedad en el niño, permitiendo la puesta en práctica de las estrategias aprendidas para la reducción de la ansiedad en ``pruebas de separación'', que se llevan a cabo normalmente al finalizar el plan de tratamiento para de esta manera evaluar la eficacia del mismo.

El que el niño/a logre superar ya sea parcialmente o con rotundo éxito las situaciones que se hayan planteado en la jerarquía, irá acompañado del reforzamiento positivo de la conducta del mismo, ya sea mediante elogios, gestos, verbalizaciones de comentarios positivos acerca de la hazaña del niño.

Ello permitirá poco a poco la exposición gradual a situaciones de separación, no solo a nivel conductual sino también a nivel cognitivo, que se consigue poniendo el foco de atención en la intensidad de pensamientos catastróficos que forman parte de la rumia característica del TAS, con técnicas como la reestructuración cognitiva, con el objetivo de modificar la interpretación y valoración inadecuadas que de las situaciones tenga el niño hacia una flexibilidad mental que le permita llevar a cabo interpretaciones más adaptativas, rebajando con ello el nivel de ansiedad.

Asimismo, resulta interesante mencionar el plan de tratamiento que propone uno de los pioneros en España en el estudio del TAS, tratamiento que se fundamenta en la mayoría de los principios en los que se basan los tratamientos comentados anteriormente y que además, incluye aspectos novedosos como la participación de los profesores en el mismo, aspecto que no se veía reflejado en las líneas de tratamiento anteriores y que aumentaría de esta manera la fiabilidad y validez del tratamiento en cuestión. Por lo que resultaría ser un plan terapéutico de gran utilidad en el tratamiento del TAS al basarse en procedimientos terapéuticos que han recibido un aval científico y que, además, presenta una estructura comprensible.

Así Méndez et al. (2017) sugieren llevar a cabo un plan terapéutico, que cuenta con la participación de padres, niños y profesores, partiendo de la premisa de que “para superar la ansiedad por separación hay que experimentar la ansiedad que genera el estar separado de los padres” (p.180). Para ello, los autores se basan en el uso de una serie de estrategias con diferentes fines y dirigidos a agentes específicos, información que se recogen en la siguientes tablas.

TABLA 5

*Elaboración propia. Plan terapéutico en base a Méndez et al (2017). Intervención con el niño.*

TÉCNICAS/ESTRATEGIAS EMPLEADAS	FINALIDAD
<p><b>1. Jerarquía</b></p> <p>Niño/a y terapeuta elaboran una jerarquía de situaciones de separación (de menor a mayor ansiedad) a partir de los datos de la evaluación, atendiendo principalmente al tiempo de separación y distancia de la madre o el padre.</p>	<p>Posterior puesta en práctica. Llevar a cabo de forma gradual y con éxito la separación sus padres.</p>
<p><b>2. Relajación</b></p> <p><i>Identificar y relajar músculos tensos</i> en situaciones de ansiedad (obtenidos mediante entrevista o autorregistros) con ejercicios de tensión y distensión y visualización de imágenes agradables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelado del terapeuta</li> <li>- Imitación del niño/a</li> <li>- Retroalimentación y reforzamiento positivo, cuando se aprecia tensión/distensión.</li> </ul>	<p>Disminución de la activación del sistema psicofisiológico. Mantener ansiedad soportable antes y durante la separación. Facilita la conducta de separación.</p> <p>Ejemplo: dificultad para que el niño/a duerma solo/a en la habitación → ejercicios de relajación en posición tumbada.</p>
<p><b>3. Reestructuración cognitiva</b></p> <p>Niño/a y terapeuta formulan pensamientos que pueden surgir en una serie de situaciones, no relacionadas con situaciones de separación, que se le presentan a modo de ejemplo. Se trabaja el modo de razonamiento erróneo del niño/a (catastrofismo, sobregeneralización, pensamiento dicotómico...), a modo de ejemplos ilustrativos. Se proponen actividades para resolución de problemas de forma efectiva y que puede poner en práctica en su vida cotidiana.</p>	<p>Se trabaja con ello las preocupaciones excesivas con sentido catastrófico del niño/a ante situaciones de separación, haciéndole ver que es posible tener pensamientos alternativos y que de ellos dependerán los sentimientos que emerjan.</p>
<p><b>4. Separación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación en imaginación</li> <li>- Separación en realidad virtual</li> <li>- Separación en vivo (clínica-hogar-otros contextos)</li> </ul>	<p>Se comienza describiendo la primera situación de la jerarquía. Se hace uso de las estrategias de reducción de ansiedad previamente trabajadas, repetición de frases tranquilizadoras y para pasar al siguiente nivel se requiere la reducción de la ansiedad en un 50% o más.</p>

La intervención está dirigida a trabajar tres pilares fundamentales. Por un lado, a nivel psicofisiológico se le entrena en técnicas de relajación logrando con ello que las manifestaciones psicósomáticas características del TAS (cefaleas, vómitos...) disminuyan su frecuencia. A nivel cognitivo, se pretende lograr una modificación del esquema mental para que disminuya la intensidad de las preocupaciones características.

Asimismo, a nivel conductual, y poniendo en práctica todo lo aprendido y trabajado en los niveles anteriores, se llevan a cabo prácticas de separación desde un nivel inferior de ansiedad hasta un nivel máximo de ansiedad tomando para ello la jerarquía elaborada previamente, permitiendo poco a poco que el niño, gracias a las estrategias adaptativas que se le proporcionan, se exponga gradualmente a tales situaciones, que al fin y al cabo es el objetivo último del tratamiento.

*TABLA 6*

*Elaboración propia. Plan terapéutico en base Méndez et al (2017). Intervención con padres y profesores.*

<b>TÉCNICAS/ESTRATEGIAS EMPLEADAS</b>	<b>FINALIDAD</b>
<p><b>1. Manejo de contingencias</b></p> <p>Estimular y reforzar positivamente conductas de separación del niño/a de sus progenitores (prestándole atención, besándole, elogiándole...), tanto por padres/madres como por profesores.</p>	<p>Moderar el estilo sobreprotector que adoptan los progenitores ante la contante atención que exige el niño/a.</p>
<p><b>2. Comunicación y resolución de conflictos</b></p> <p>Se entrena a padres y madres en mejorar la disciplina, en comunicar órdenes específicas, concisas y directas con el niño/a. Formas de comunicarles a los hijos acerca de las consecuencias que se derivan de no cumplir una norma.</p>	<p>Fomentar la coherencia intra e interparental para mejorar la dinámica familiar.</p>
<p><b>3. Terapia individual y de pareja</b></p> <p>Si se da el caso de trastornos de ansiedad o depresión en los progenitores.</p>	<p>Proporcionar atención y tratamiento individualizado, consiguiendo con ello no agravar aún más la situación que está padeciendo su hijo/a.</p>

La intervención con los padres es fundamental en el tratamiento del TAS, pues es del seno de la familia donde se derivan principalmente las dificultades que presenta el niño cuando ha de enfrentarse a la separación de sus padres. Es por ello que resulta imprescindible lograr una congruencia parental en el trato que recibe el niño, para así evitar el fomento de prácticas inadecuadas y que el niño lleve a cabo conductas diferenciadas con cada progenitor.

Además, para atenuar el estilo sobreprotector que ejercen gran parte de los progenitores ante la ansiedad que experimenta el niño, se les entrena en la aplicación de contingencias acorde con la conducta valiente del niño. A todo ello se puede unir el hecho de que alguno de los progenitores presente alguna psicopatología que puede agravar aún más la complicada y delicada situación que viven con su hijo, proporcionándoles una atención individualizada en tales casos.

Méndez no solo propone un plan de tratamiento en la línea de lo cognitivo conductual. También hace mención a la posibilidad de administrar tratamiento farmacológico en aquellos “casos crónicos y graves del trastorno de ansiedad por separación, con comorbilidad como depresión o trastorno obsesivo-compulsivo” (Méndez et al., 2017, p.239), como antidepresivos o ansiolíticos, en combinación con el plan de tratamiento propuesto.

Así pues, este plan terapéutico abre un nuevo camino en el tratamiento del TAS en la infancia, que basado en técnicas de terapia conductuales y cognitivas que han sido aplicadas exitosamente, pueda llegar a ser un tratamiento prometedor y conseguir con ello el objetivo del que se parte, lograr la máxima autonomía y bienestar del niño.

### 3. CONCLUSIONES

La realización de este trabajo ha tenido como propósito explorar hasta qué punto las primeras y más tempranas interacciones entre padres e hijos, así como la calidad de las mismas, repercuten en el desarrollo posterior del niño. Como se ha venido diciendo, el desarrollo de una vinculación segura y sólida con la/s figura/s principal/es de apego, permite el despliegue de las capacidades sociales, cognitivas, emocionales... del niño.

Sin embargo, teniendo presente una serie de factores que se dan mayormente en el seno familiar, el curso evolutivo de la formación del apego puede verse desestabilizado y ser por tanto, una fuente de patología psíquica que puede permanecer en el tiempo, desencadenando entre otros, determinadas trastornos internalizantes, como lo es el TAS, influido mayormente por la incoherencia e inconsistencia con la principal figura de apego.

El trastorno en cuestión puede llegar a pasar desapercibido o incluso confundido con otros trastornos internalizantes, con los que comparte ciertas características. Por ello, resulta imprescindible realizar una adecuada evaluación del trastorno, contando para ello con un plan general, que permita evaluar la percepción que sobre el niño tienen las personas que se relacionan con él en los diferentes contextos, tales como el familiar, escolar o médico, obteniendo de esta manera información de primera mano del contexto en el que el niño se desenvuelve. Es importante contar, también, con información sobre las habilidades adaptativas del niño, que resultarán fundamentales a la hora de diseñar un plan de tratamiento.

Asimismo, se requiere una evaluación específica del trastorno que, dada la comorbilidad que existe con otras patologías, permita descartarlas así como profundizar con la ayuda de diversos instrumentos determinados aspectos característicos del TAS, tanto a nivel psicosomático dada la intensa activación del sistema simpático responsable de las quejas somáticas características del TAS, a nivel cognitivo debida a la magnitud de los pensamientos catastróficos que emergen en el niño, como a nivel conductual evitando el niño la huida desmesurada de sus padres.

Una adecuada evaluación permitirá llevar a cabo un tratamiento del TAS a edades tempranas que se ajuste a las necesidades y particularidades de cada caso. Sin bien es sabido que gran parte de los tratamientos cognitivo-conductuales son similares en cuanto a la metodología empleada para tratar el TAS, el plan terapéutico propuesto por Méndez y su equipo parece seguir una línea que además de conjugar aspectos de otros tratamientos, ofrece nuevas aportaciones como la intervención en la posible psicopatología de los padres o la evaluación de los trastornos comórbidos con el TAS (para más información, consúltese Méndez et al., 2017). Estos tratamientos pueden llegar a prevenir el desarrollo de psicopatología en la etapa adulta. Así, el TAS en la infancia podría ser el precursor del desarrollo del trastorno de pánico posteriormente (Milrod, Markowitz, Gerber, Cyranowsky, Altemus, Shapiro, Hofer y Glatt, 2014).

Sin embargo, se hace necesario ampliar el campo de investigaciones en este ámbito, para de esta manera alcanzar un conocimiento más preciso, riguroso y actualizado del trastorno en cuestión, sobre todo en lo referente a investigaciones que avalen la eficacia de los tratamientos, que al fin y al cabo son el pilar fundamental para lograr el mayor bienestar psíquico de los/as más pequeños/as en sus diferentes contextos.

#### 4. REFERENCIAS

- Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index manual* (3rd ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2014). *DMS-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, M.J. (2014). El apego parental ansioso y la agresividad en el sujeto. *Boletín Científico Sapiens Research*, 4(1), 15-20.
- Bar-On, T. y Parker, J.D.A. (2018). *EQ-i: YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes* (R. Bermejo, C. Ferrándiz, M. Ferrando, M.D. Prieto y M. Sainz, adaptadoras). Madrid: TEA ediciones.
- Bernstein, G.A., Crosby, R.D., Perwien, A.R. y Borchardt, C.M. (1996). Anxiety Rating Scale for Children-Revised: Reliability and validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 97-114.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D. (1992). The Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised: Psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 223-239.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2: La separación*. Barcelona, España: Paidós.

Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Morata.

Corral, A., Gutiérrez, F., Herranz, P. (2001). *Psicología evolutiva*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Editorial Pirámide.

Eisen, A. R. y Schaefer, C.E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford.

Espada, J. P., Méndez, F.X., Orgilés, M., Hidalgo, M.D. (2008). Cuestionario de ansiedad por separación en la infancia versión niños (CASI-N). En F.X. Méndez, M. Orgilés y J.P. Espada. *Ansiedad por separación. Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.

Ezpeleta, L. y Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid, España: Pirámide.

García-Fernández, J.M. (1997). *Validación de tres formas del Inventario de Miedos Escolares* (Tesis doctoral no publicada). Murcia, España: Universidad de Murcia.

González, A.M., Fuentes, M.J., De La Morena, M.L. y Barajas, C. (1995). *Psicología del desarrollo. Teoría y prácticas*. Málaga, España: Aljibe.

González, R. y Montoya, I. (2015). *Psicología Clínica Infanto-Juvenil*. Barcelona, España: Herder.

- Isabella, R., Belsky, J. y von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12-21.
- Kendall, P.C. (1990). *Coping Cat workbook*. Filadelfia, PA: Departamento de Psicología, Universidad Temple.
- Lafuente, M. J. y Cantero, M. J. (2015). *Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/397066448/Vinculaciones-Afectivas-Maria-Josefa-Lafuente>.
- Llavona, L. M. y Méndez, F. X. (2012). *Manual del psicólogo de familia*. Madrid, España: Pirámide.
- López, M. H. y Arango, M. T. (2014). *El hijo único: consejos para la crianza de un solo hijo*. Grijalbo.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. En K. Silverman y P.D.A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 255-272). Cambridge: Cambridge University Press.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2017). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Milrod, B., Markowitz, J.C., Gerber, A., Cyranowsky, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M., Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *Am J Psychiatry*, 171(1), 34-43.

Montaño, A.M. (2016). *La sobreprotección y su incidencia en el desenvolvimiento del aprendizaje de las niñas y niños del primer año de educación general básica de la escuela “Tumbez – Marañón” del Cantón Pangu* (tesis de pregrado). Universidad nacional de Loja, Loja, Ecuador.

Orgilés M., Fernández I., González M.T., Espada J.P. (2016). Niños con síntomas de ansiedad por separación: un estudio de sus hábitos y problemas de sueño. *Ansiedad Estrés*, 22 (2), 91–6.

Orgilés, M., Espada, J.P., García, J.M., Méndez, X. e Hidalgo, M.D. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27, 80-85.

Orgilés, M., Méndez, F.X., Rosa, A.I., Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.

Pincus, D. B., Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., y Eyberg, S. M. (2008). The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with Separation Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 118-125.

Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Rubin, K.H. y Mills, R.S.L. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 300-317.

Santucci L.C., Ehrenreich J.T. (2007). *Summer Treatment Program for Separation Anxiety Disorder: Therapist Guide*. Unpublished manual. Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, Boston.

Silverman, W.K., Albano, A.M., y Sandín, B. (2001). *Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV:C): Entrevista para el niño*. Madrid, España: Klinik.

Silverman, W.K., Albano, A.M., y Sandín, B. (2001). *Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV:P): Entrevista para los padres*. Madrid, España: Klinik.

Thomas, A. y Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Wechsler, D. (2011). *WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV*. Madrid, España: TEA.