

Estudio de Caso

Trastorno de la Relación Social Desinhibida

Brahyann Anthony Caicedo Corredor ID. 000669740

Genesis Gibelly Quintero Morales ID. 000667204

Stefanny Jusbey Garcia Parada ID. 000673359

Islene Katerine Villamizar Jaimes ID. 000661025

Maryen Lisbett Caicedo Garcia ID. 000604391

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Vicerrectoría Regional Santanderes

Sede Cúcuta (Nortde de Santander)

Programa Psicología

Noviembre de 2022

Estudio de Caso  
Trastorno de la Relación Social Desinhibida

Brahyann Anthony Caicedo Corredor ID. 000669740

Genesis Gibelly Quintero Morales ID. 000667204

Stefanny Jusbey Garcia Parada ID. 000673359

Islene Katerine Villamizar Jaimes ID. 000661025

Maryen Lisbett Caicedo Garcia ID. 000604391

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Adriana Betsaida Castillo

Psicóloga

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Vicerrectoría Regional Santanderes

Sede Cúcuta (Nortde de Santander)

Programa Psicología

Noviembre de 2022

[www.uniminuto.edu](http://www.uniminuto.edu)

## **Dedicatoria**

Trazarnos metas y alcanzar sueños es un camino que requiere de sacrificio, responsabilidad, dedicación y esfuerzo, han sido cinco años de experiencias, aprendizajes y resolución en diferentes adversidades. Por lo tanto, el esfuerzo puesto en el presente estudio de caso es dedicado a nuestras familias, amigos, maestros y compañeros, que han estado siempre de nuestro lado para darnos ánimo y apoyo. Falta poco para alcanzar la meta e iniciar la búsqueda de una vida laboral y profesional, que nos permitirá seguir aprendiendo, afianzar nuestro conocimiento y seguir creciendo a nivel emocional, social y personal. Dedicamos esta formación a todos los que han hecho parte del proceso, a los que de alguna u otra manera han estado presente en este tiempo de lucha por alcanzar un sueño, ser psicólogos y avanzar en un escalafón más en nuestras vidas.

## **Agradecimientos**

Bendito sea Dios que nos ha permitido luchar por nuestros sueños, dándonos la fortaleza, la salud y el anhelo para no desfallecer y seguir adelante, gracias a su infinita bondad y misericordia hemos podido llegar hasta esta etapa, ya próximos a la meta. Asimismo, agradecemos a nuestros familiares, amigos y parejas por estar a nuestro lado en este proceso, brindando apoyo, para alcanzar este logro.

Agradecemos a cada uno de los docentes quienes han sido los encargados de esta formación y esos aprendizajes adquiridos. Gracias por su tiempo, paciencia y devoción, porque sin importar las circunstancias siempre dan lo mejor de ustedes en cada una de las tutorías y encuentros; también por compartir sus conocimientos y generar en nosotros ese profesionalismo en los que estaremos capacitados para enfrentar el mundo laboral. Gracias a todos los que han sido parte de nuestra historia y nos han acompañado en la búsqueda de este sueño y gran meta.

## Tabla de Contenido

Lista de tablas .....	7
Lista de figuras.....	8
Lista de anexos.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
1. Introducción.....	12
2. Objetivos.....	13
3. Fundamento teórico .....	14
3.1 Características diagnósticas .....	16
3.2 Factores de predisponentes o de riesgo.....	21
3.3 Diagnóstico diferencial .....	23
3.4 Prevalencia.....	24
3.5 Proceso de evaluación.....	28
3.5.1 Evaluación de áreas funcionales .....	28
3.5.2 Examen del estado mental.....	30
3.5.3 Pruebas para aplicar .....	32
3.6 Técnicas de intervención.....	35
3.6.1 Efectividad en los modelos de intervención.....	42
4. Informe Clínico.....	44
4.1 Datos personales .....	44
4.2 Motivo de consulta.....	44
4.3 Composición familiar.....	45
4.3.1 Genograma .....	46
4.4 Evaluación de áreas funcionales .....	47
4.4.1 Área de nivel Personal: .....	47
4.4.2 Área familiar: .....	47
4.4.3 Área social:.....	47
4.4.4 Área académica: .....	47

4.4.5	Área cognitiva: .....	48
4.4.6	Área emocional: .....	48
4.5	Examen del estado mental .....	48
4.6	Pruebas aplicadas .....	51
4.7	Objetivos de valoración e intervención.....	54
4.7.1	Objetivo general .....	54
4.7.2	Objetivos específicos.....	54
4.8	Resumen del proceso .....	54
4.8.1	Sesión 1 .....	56
4.8.2	Sesión 2 .....	58
4.8.3	Sesión 3 .....	59
4.8.4	Sesión 4 .....	61
4.8.5	Sesión 5 .....	64
4.8.6	Sesión 6 .....	67
4.9	Conclusiones de la intervención terapéutica.....	70
5.	Conclusiones.....	71
6.	Referencias .....	72
7.	Anexos .....	78

## Lista de tablas

<b>TABLA 1.</b> Cuadro comparativo diagnostico diferencial .....	23
<b>TABLA 2.</b> Composición Familiar .....	43
<b>TABLA 3.</b> Calendario de implementación de fichas sesión 3.....	59
<b>TABLA 4.</b> Calendario de implementación de fichas refuerzo/castigo.....	66

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Criterio A y Criterio B Trastorno de relación social desinhibida.....	18
<b>Figura 2.</b> Criterio C y Criterio D Trastorno de relación social desinhibida.....	18
<b>Figura 3.</b> Criterio E Trastorno de relación social desinhibida.....	19
<b>Figura 4.</b> Genograma de la paciente Adriana Russo [GenoPro2020] .....	44
<b>Figura 5.</b> Consentimiento Informado .....	76
<b>Figura 6.</b> Cuento Hacer amigos, Carmen S, Fausto G, Isabel O, Rubén Toro .....	77
<b>Figura 7.</b> Cuento Caperucita Roja, del autor Charles Perrault .....	77



## Lista de anexos

<b>Figura 5.</b> Consentimiento Informado .....	76
<b>Figura 6.</b> Cuento Hacer amigos, Carmen S, Fausto G, Isabel O, Rubén Toro .....	77
<b>Figura 7.</b> Cuento Caperucita Roja, del autor Charles Perrault .....	77

## Resumen

El presente estudio de caso es realizado por los estudiantes en formación del programa de psicología de la Universidad Minuto de Dios, con la necesidad de adquirir las aptitudes sobre cómo realizar procesos de intervención, es por esto, que su principal propósito es realizar una propuesta de intervención del Trastorno de Relación Social Desinhibida sobre un contexto natural y dentro de los parámetros científicos. El estudio de caso inicia con un proceso de evaluación realizando dos pruebas el Q-Sort de Sensibilidad Materna y Entrevista del Trastorno Apego.

Por otra parte, se hizo la planeación de la intervención en el que se diseñaron seis sesiones, trabajando directamente con la paciente y su familia con el objetivo de fortalecer diferentes áreas como, la familiar, educativa y social, haciendo uso de técnicas como la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC), en la cual Ginsburg et. al. (2007) menciona que, en la terapia psicológica con niños, la implementación del juego resulta esencial para ellos, pues ésta es la manera más representativa en la que los menores aprenden. A su vez, la economía de fichas es altamente eficaz cuando la intención es generar una motivación e inclinación hacia actividades que pueden no ser atractivas o agradables para algunas personas, por tanto, es un método que se emplea, sobre todo, para incrementar o disminuir conductas establecidas. (Cortez, 2020). Aunque acostumbran a usarla con niños pequeños, también se puede implementar en adultos. Concluyendo así, que este tipo de actividades resultan esenciales en la formación de profesionales competentes, adquiriendo habilidades y aptitudes básicas para el ejercicio de su profesión.

Palabras clave: *Trastorno, Relación Social, Desinhibido, Apego*

### **Abstract**

The present case study is carried out by the students in formation of the psychology program of the Universidad Minuto de Dios, with the need to acquire the aptitudes on how to carry out intervention processes, that is why, the main objective of the present work is to carry out a proposal of intervention of the Disinhibited Social Relationship Disorder on a natural context and within the scientific parameters. The case study begins with an evaluation process by performing two tests, the Q-Sort of Maternal Sensitivity, and the Attachment Disorder Interview.

On the other hand, the intervention planning was done in which six sessions were designed, working directly with the patient and her family with the aim of strengthening different areas such as family, educational and social, making use of techniques such as cognitive-behavioral play therapy (CBGT), in which Ginsburg et. al. (2007) mentions that because, in psychological therapy with infants, the implementation of the game shows to be an appropriate tool for them, as this is the most representative way in which children learn. On the other hand, token economy is very appropriate when it is intended to generate motivation and inclination towards activities that may not be liked by some people, therefore, it is a method that is used, above all, to increase or decrease established behaviors (Cortez, 2020). Although they usually use it with young children, it can also be implemented in adults. Thus, concluding that this type of activities are essential in the training of competent professionals, acquiring basic skills and aptitudes for the exercise of their profession.

Key words: Disorder, Social Relationship, Disinhibited, Attachment.

## 1. Introducción

El presente estudio de caso expone el Trastorno de Relación Social Desinhibida, que según el American Psychiatric Association - APA. (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.), se define como un patrón de comportamiento caracterizado por la interacción con adultos extraños sin el conocimiento de los límites sociales o la cercanía con personas que no pertenecen al círculo social cercano del menor, un comportamiento muy familiar sin la verificación de la presencia de la persona en confianza, así como la disposición que tienen de ir a algún lugar con cualquier adulto extraño sin ninguna vacilación. Por lo cual, se estructura una propuesta de intervención del trastorno sobre un contexto natural y dentro de los parámetros científicos, por parte de estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Minuto de Dios.

Para la realización del estudio de caso se abordó el caso 7.1 conductas peligrosas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 por el autor Barnhill, J. (2015), el cual permitió la identificación completa del contexto del caso, composición familiar, sintomatología, signos y características, los cuales fueron analizados a partir de los criterios de diagnóstico y teorías relacionadas, a fin de generar la construcción completa de la propuesta de intervención enfocada en el modelo cognitivo-conductual.

El estudio del presente caso permite hacer un acercamiento a la importancia de la identificación oportuna del trastorno de relación social desinhibida según las características, sintomatología y criterios. Ya que, según el Gabinet Psicologic de Barcelona (2019), al no ser diagnosticado durante la infancia, puede generar consecuencias no solo desde un plano social, sino en múltiples áreas. Conforme al crecimiento de la persona, surgen diversos problemas de tipo emocional, con relación a la ansiedad, autoestima y depresión.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo General**

Realizar una propuesta de intervención del trastorno de la relación social desinhibida sobre un contexto natural y dentro de los parámetros científicos, por parte de estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Minuto de Dios.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar el contexto del caso específico, los factores incidentes y la prevalencia
- Describir la sintomatología, los signos, características y criterios del trastorno
- Analizar la composición familiar y sus diferentes áreas funcionales

### 3. Fundamento teórico

La amistad es importante en el desarrollo de todos los seres humanos, como lo expone Fernandez, N. (S.f.) Psicóloga, licenciada con maestría en Psicoterapia Breve e Hipnosis Clínica *“La amistad es uno de los valores universales más fuertes e importantes”*, es decir, este valor hace referencia al afecto natural que tiene el ser humano hacia otra u otras personas, describiendo al ser humano como un ser social, el cual se mueve en entornos donde el contacto con otros es inevitable. Por otra parte, la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU en su servicio de información en línea MedlinePlus, determina que la salud mental del individuo incluye bienestar emocional, psicológico y social los cuales pueden determinar, la personalidad, la conducta y comportamiento del ser humano, incidiendo en la manera en cómo se relaciona he interactuamos con los demás. Por lo tanto, es muy importante que durante las diferentes etapas de la vida el individuo tenga una buena salud mental, pues esto le va a permitir tener relaciones sanas, enfrentar los problemas, ser productivo, contribuir de manera positiva en su entorno y estar físicamente saludable. Sin dejar atrás, que la salud mental puede ser afectada por diversos factores como; biológicos, traumas, abuso, abandono, experiencias vividas entre otros, los cuales generaran afectaciones en cada una de las áreas funcionales, generando una inestabilidad emocional, laboral y social, que no so impactara a la persona como tal sino a los que están a su alrededor.

Teniendo en cuenta lo anterior, el autor Mimenza, (2018) explica que cuando se presentan casos como el Trastorno de Relación Social Desinhibida, el cual es considerado como un problema de conducta que genera una activa relación con adultos o personas desconocidas, es importante recurrir a la ayuda de profesionales donde evaluaran todos los ítems necesarios para una adecuada intervención, entre ellos, el examen mental, las áreas funcionales y otros aspectos

importantes que permitirán al individuo llevar una vida de manera normal y positiva. A su vez, el autor Aguilo, A. Solano, M. (2022) afirma que el desarrollo del apego puede verse dificultado por algunos problemas, uno de estos es el trastorno anteriormente mencionado.

En consecuencia, el autor Roldan, J. (2019) determina que los niños que padecen este trastorno anhelan la amabilidad de los demás, ya que no pueden lograr identificar quien puede ser una persona segura y quien no. Por lo tanto, muestran su afecto hacia cualquier persona que obtenga su atención. No obstante, el autor manifiesta que, para realizar un abordaje terapéutico inicial del caso, es de gran importancia que el menor identificado con un trastorno relacionado al apego reciba una atención constante de cuidadores estables, una vez que se establezca esta atención constante, el tratamiento permitirá el fortalecimiento de la sensibilización entre el cuidador principal y la menor.

Sin embargo, cabe resaltar que el Trastorno de Relación Social Desinhibida, también conocido con las siglas (TRSD), es una alteración psicológica que se da únicamente en la infancia y se caracteriza por mostrar un determinado patrón de comportamiento en el que la niña no siente ningún temor al entablar cualquier tipo de contacto físico, verbal o afectivo con personas adultas y desconocidas. (Asociación Americana de Psicología (APA), 2013).

A su vez, la APA menciona que estos individuos presentan una conducta desinhibida, ya que al establecer contacto físico e incluso al entablar una conversación con un adulto extraño o que no sea conocido siente agrado y lo hace sin ninguna dificultad o temor. Además, este trastorno está muy relacionado con el apego, ya que, este se entiende como una estructura conductual propia en las personas que se desarrolla desde la niñez por medio de la confianza y protección que proveen las figuras principales (Bolwby, 1988, citado por Palacian Pérez, 2022), y significa un aspecto importante para el correcto crecimiento del individuo desde su nacimiento

(Monfort- Ecrig y Pena-Garijo, 2021). Sin dejar a un lado que existen cuatro tipos de apego: inseguro, el desorganizado, ansioso/ambivalente y el seguro (González, 2019; Benlloch, 2020, Palacian Pérez, 2022).

Por otra parte, el apego de tipo seguro posee efectos positivos en el progreso de la persona (Cámaras, 2017), mientras que las otras tres categorías producen distintos efectos negativos que puede derivar en diversas patologías psicológicas (Morera Vargas, 2020; Seim et al., 2020), como el caso del TRSD, que es una alteración procedente del apego inseguro que se enseña como una capacidad de interaccionar con el entorno de manera confusa y que resulta inapropiada en su contexto socio-cultural (Romero-González et al., 2020, Palacian Pérez, 2022).

### **3.1 Características diagnósticas**

El autor Pérez, F. (2022) determina que una de las características principales del trastorno de relación social desinhibida se muestra en base a una conducta socialmente inoportuna, puesto que suele presentarse mayor grado de confianza sobre lo que sería esperable por el tipo de vínculo.

A su vez, al momento de generar el diagnostico, se debe tener en cuenta que la niña este en la facultad de instaurar relaciones selectivas en correlación a su desarrollo. Por lo tanto, el Trastorno social desinhibido es definido como una modificación psicológica que se genera en los primeros cinco años de vida y se caracteriza por presentar comportamientos en el que la menor, no muestra ningún tipo de miedo o mesura para iniciar y tener contacto con personas adultas desconocidas (Salvador, 2018).



Asimismo, el autor Quintana, E. Psicología Forense, especialista en Clínica y de la Salud para niños, adolescentes y adultos, manifiesta que la sintomatología que presentan los pacientes que padecen este trastorno se pueden generar de manera conductual, emocional o por patrones sociales (EQD.2018); entre los cuales son frecuentes:

### **Síntomas emocionales**

- Ausencia de miedo o temor hacia extraños
- Confianza
- Cercanía emocional con respecto a extraños

### **Síntomas conductuales**

- Comportamiento social desinhibido con conocidos y desconocidos
- No rechazo a adultos extraños
- Alta interacción con adultos desconocidos y manifestaciones afectivas y físicas excesivamente familiares
- Ausencia de búsqueda de seguridad en padres o cuidadores

### **Síntomas o patrones sociales**

- Negligencia parental
- Abuso
- Abandono
- No cubiertas las necesidades emocionales, de cuidado, de alimentación y de bienestar
- Cambio constante de cuidadores primarios
- Educación en contextos inadecuados

A partir del análisis de la sintomatología y signos presentados por Adriana, se logra identificar un cumplimiento de criterios específicos en “*trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*” del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5 (Pag.160), más específicamente, el Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2).

### Figura 1.

*Criterio A y Criterio B. Trastorno de relación social desinhibida (DSM5 Pág. 160).*

<b>Trastorno de relación social desinhibida</b>	
<b>313.89 (F94.2)</b>	
A.	<p>Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.</li> <li>2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).</li> <li>3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.</li> <li>4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.</li> </ol>
B.	<p>Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactivi-</p>

### Figura 2.

*Criterio C y Criterio D. Trastorno de relación social desinhibida (DSM5 Pág. 160).*

- |    |  |
|----|--|
| C. | <p>El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.</li> <li>2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).</li> <li>3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).</li> </ol> |
| D. | <p>Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).</p>  |

### Figura 3.

*Criterio E. Trastorno de relación social desinhibida (DSM5 Pág. 161).*

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 mese.

*Especificar si:*

**Persistente:** El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

*Especificar la gravedad actual:*

El trastorno de relación social desinhibida se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

---

Nota. Las figuras anteriores muestran los criterios de diagnóstico del trastorno según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5.

Por lo anterior, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5. 2014), muestra que la niña presenta rasgos de trastorno de relación social desinhibida, en los resultados de la evaluación clínica.

Partiendo del criterio A, según el DSM-V donde se especifica el *“patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños”* (DSM-5 Pág. 160). Se identifica en el caso que cumple con dos o más características, puesto que Adriana en la frutería se abrazaba cariñosamente a cualquiera que estuviera junto a ella en la fila de espera, también se evidencia cuando trataba con frecuencia de sentarse sobre las piernas de personas que apenas conocía. A su vez, cuando se encontraba en el centro comercial intentó marcharse con otra familia.

Por consiguiente, en el criterio B, según el DSM-V donde se establece que *“Los comportamientos del criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido”* (DSM-5 Pág. 160). Por lo anterior, Las conductas sociales desinhibidas no pueden atribuirse a la

impulsividad en general y la niña presenta los cuatro criterios sintomáticos cardinales (solo se necesitan dos): reticencia menor o ausente para acercarse a adultos extraños e interactuar con ellos, comportamiento demasiado familiar, verificación menor o ausente de la presencia del cuidador adulto después de haberse alejado de él, y disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

Continuando, en el criterio C, según el DSM-V determina su cumplimiento en que *“El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características”* (DSM-5 Pág. 161). Por lo anterior, se idéntica que el caso cumple con la característica 1, debido a que Adriana fue abandonada por sus padres en un orfanato, lo cual influye en el desarrollo social de la niña, fue adoptada por otra familia a la edad de 4 años. Por otra parte, en característica 2, puesto que no se evidencia un desarrollo estable del apego y ha sido adoptada. Por último, en la característica 3, se identifica su cumplimiento debido a que Adriana estuvo en un orfanato, donde la presencia de demasiados niños para pocos cuidadores pudo haber limitado sus oportunidades de formar apegos selectivos.

Por otra parte, en el criterio D, según el DSM-V Se determina que *“El factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C)”* (DSM-5 Pág. 161). Por lo tanto, en la información encontrada del caso sobre las situaciones del criterio A son a consecuencia del criterio C 2. Cambios frecuentes de los cuidadores principales que disminuye la oportunidad en el que elabore un apego definitivo (p. ej., cambios reiterados de la custodia del infante).

A su vez, en el criterio E, según el DSM-V se establece que *“1. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses”* (DSM-5 Pág. 161). Por lo anterior, Adriana cumple con el

criterio, puesto que su edad es de cuatro años. Por otra parte, no se logra determinar la persistencia del trastorno, puesto que no se identifica con exactitud el tiempo en el que el trastorno ha estado presente. Por último, no se especifica según el caso, el grado de gravedad presente.

### **3.2 Factores de predisponentes o de riesgo**

Cabe mencionar que entre los factores que generan el desarrollo del trastorno se encuentra la desnutrición, la toxicidad prenatal y la prematuridad, así mismo se puede desarrollar por; el abandono, el cuidado negligente por parte de los tutores, falta de afecto, relaciones familiares poco estables o eventos traumáticos. Estas situaciones generan alteraciones en el adecuado desarrollo cognitivo y conductual en las diferentes etapas del desarrollo humano (Levi, 2021).

Según Jean Piaget, el ser humano comienza su construcción desde el nacimiento y va fortaleciendo y afianzando su conocimiento durante su crecimiento; en la teoría de las etapas del desarrollo cognoscitivo, menciona cinco etapas que son relevantes, donde manifiesta que el individuo crea destrezas, reestructura el aprendizaje mediante el contacto con el entorno, dentro de las cuales cabe mencionar la etapa sensomotriz (0 a 2 años), donde se genera la comprensión de lo que sucede en el ambiente o entorno, se genera el apego, la construcción de habilidades sociales y las relaciones interpersonales, por otra parte la etapa llamada preoperacional (2 a 7 años) donde adquiere el lenguaje, la comprensión de símbolos y las representaciones mentales.

Las etapas anteriormente mencionadas se relacionan con el caso de Adriana ya que presenta dificultades para relacionarse con sus pares, para interactuar y jugar con niños de su misma edad, ausencia del apego, generando confianza excesiva con los adultos y desconocidos.

Según Hawthorne, S. (2021), afirma que los factores de riesgo son temperamentales, aquellos aspectos que no son específicos del trastorno como los niveles menores de inhibición comportamental, búsqueda de novedades y control por medio de contención. Asimismo, son ambientales, presenta dificultad para adaptarse a nuevas costumbres, es decir, cuando suspende una conducta de forma inesperada se crea una sensación de inestabilidad; por otro lado, se resalta los factores genéticos, en los que se debe observar su entorno familiar de primer grado, antecedentes conductuales y psicológicos de los mismos. Los fisiológicos se destaca por el estado de salud general, su rendimiento físico, manejo del sueño y que tipo de alimentación manejan.

Los trastornos con llevan a que el individuo tenga cambios cognitivos, conductuales los cuales pueden ser generados por experiencias negativas que ha vivido durante el desarrollo, afectando la interacción con su entorno, pero que a su vez las relaciones familiares, sociales y personales.

### 3.3 Diagnóstico diferencial

A continuación, se abordará desde un cuadro diferencial las relaciones de otros trastornos asociados al diagnóstico principal y equiparación con el caso.

**Tabla 1.**

*Cuadro comparativo diagnostico diferencial*

Trastorno Semejante	Diferencias	Semejanzas
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA)	<p>Según el artículo realizado por Equipo de Expertos en Educación (2015), refieren la siguiente sintomatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> el desarrollo de las habilidades puede darse con el tiempo.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> puede permanecer sentado o tranquilo durante un largo tiempo.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> se distrae con facilidad.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> falta de atención</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> la relación con los demás va mejorando con el tiempo.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> bajos rendimiento debido a su falta de concentración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actúan sin pensar no mide las consecuencias o peligros.</li> <li>✓ Conductas impulsivas</li> <li>✓ Problemas de auto control y de conducta.</li> <li>✓ Impulsividad social.</li> <li>✓ Les cuesta esperar, son muy impacientes.</li> </ul>
Trastorno de relación social desinhibida	<p>Según la psicóloga Salvador, I. (2018) refiere que las personas con este trastorno presentan sintomatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Le cuesta calmarse</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Es impaciente</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Las alteraciones duran un largo periodo de tiempo.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Le cuesta relacionarse con sus pares.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda de protección en extraños.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> No acatan ordenes ni instrucciones.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Retraso en el lenguaje.</li> </ul>	

Trastorno de apego reactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Carencia de apego o a su vez está muy avanzado entre el menor y sus supuestos acudientes adultos</li> <li>☒ Poca reacción emocional y social hacia los demás</li> <li>☒ Eventos de afectividad negativa, en el que la tristeza, la colera y el miedo, no pueden explicarse fácilmente</li> <li>☒ Aún no está manifiesto si esta alteración de apego reactivo se puede ocasionar en individuos mayores de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conductas de apego que se percibió inapropiadas para la evolución del sujeto.</li> <li>✓ Patrón extremo de cuidado insuficiente.</li> <li>✓ Negligencia o carencia social</li> <li>✓ Oportunidad reducida de elaborar un apego estable</li> <li>✓ La edad de desarrollo del infante debe ser de al menos 9 meses.</li> <li>✓ El trastorno puede aparecer anteriormente de los cinco años.</li> <li>✓ Observado con escasa continuidad en entornos clínicos</li> <li>✓ Obstruye seriamente la capacidad de los menores para establecer relaciones interpersonales con sus compañeros.</li> </ul>
Trastorno de relación social desinhibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ El apego puede variar con sus cuidadores entre desorganizado y seguro.</li> <li>☒ Falta de reserva para acercarse a personas adultas desconocidas.</li> <li>☒ Conductas físicas o verbales demasiado familiares</li> <li>☒ Comportamiento culturalmente inapropiado.</li> <li>☒ Aparece desde los dos años de vida hasta la adolescencia</li> </ul>	

Nota. Elaboración propia, basados en el texto guía titulado: *Similitudes y diferencias entre los síntomas de TDAH y síndrome de Asperger* Por: Expertos en Educación en año (2015)., *Trastorno de relación social desinhibida* Por: Salvador, I. R. (2018, marzo 5).

### 3.4 Prevalencia

Según el DSM-V, la prevalencia se puede considerar como una herramienta que ayuda a identificar la frecuencia con la que se presenta una afección en la población, aportando información esencial acerca de la cantidad de personas afectadas ya sea por una enfermedad, o por situaciones adversas como accidentes, suicidios, esto dentro de una población en un momento dado, es por esto que indagar sobre la prevalencia del Trastorno de Relación Social Desinhibida resulta útil para describir el fenómeno de salud que acarrea esta condición, así como establecer la frecuencia poblacional del mismo y proponer hipótesis exploratorias. (Rodríguez



Molinero, López Villalobos, Garrido Redondo, Sacristán Martín, Martínez Rivera & Ruiz Sanz, 2009).

Romána, Palacios y Minnis (2021) en su estudio científico denominado “*Changes in Attachment Disorder symptoms in children internationally adopted and in residential care*” se identificó una alta incidencia en cuanto al trastorno, específicamente en niños con experiencias traumáticas y diferentes formas de adversidad en sus primeros años de vida, por lo cual, dicho estudio tiene como objetivo explorar estos síntomas desde dos alternativas de protección, las cuales son el método de adopción y el acogimiento residencial posterior a las experiencias de adversidad temprana.

A su vez, se concluyen que los efectos del grupo sobre los comportamientos inhibidos fueron significativos en comparación a los comportamientos desinhibidos, incluso dicha comparación de comportamientos desinhibidos fue bastante alta cuando se comparó a niños adoptados en centros de larga estancia, puesto que la mayoría de los niños que poseen dichos trastornos provienen de centros de acogida en donde puede ser que su estadía sea corta o larga, por lo que la convivencia en sus primeros años suelen ser bastante complicada porque no poseen de un núcleo familiar fijo que les permita desarrollarse en confianza y con integridad, asimismo, llegan a conocer múltiples personas con las que no comparten ningún tipo de lazo irrompible porque lo que, a partir de dichas experiencias traumáticas se llega a desarrollar el trastorno.

No obstante, la prevalencia exacta de este trastorno es desconocida. Pareciendo ser poco frecuente, incluso en niños que han atravesado situaciones traumáticas como el abandono, sólo aparece alrededor del 20% (Álvarez-Segura & Saludas, 2022). A pesar de la poca información que hay al respecto, algunos estudios mencionan que el apego desorganizado predice la conducta social desinhibida en un periodo alrededor de dos años y medio, al margen

de la buena calidad del cuidado posterior. No obstante, es muy poca la información como para poder generalizar, por lo que aún es incierto hasta qué punto el nuevo apego puede compensar los periodos precedentes de desorganización en la relación inicial de apego (Álvarez-Segura & Saludas, 2022).

En continuidad con la prevalencia de distintos estudios en cuanto al TRSD, los autores Seim, Jozefiak, Wichstrøm, Lydersen, Kayed (2020) en su estudio acerca del trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibido en la adolescencia, identificaron que la poca atención prestada a los infantes, en la mayoría de los casos, se asocia a trastornos psiquiátricos y problemas psicosociales, su estudio se basó en jóvenes que se encuentran en centros residenciales juveniles identificando variables como diagnósticos psiquiátricos y problemas psicosociales, tanto presentes como ausentes, para así poder analizar su relación con el TRSD.

A partir de la identificación de un trastorno principal se puede esperar que el paciente haya padecido de anteriores al mismo que haya desencadenado lo que hoy en día padece, en este caso, como vienen siendo los infantes y jóvenes en correspondencia a experiencias vividas en sus primeros años, suelen ser un factor de origen bastante fuerte para intuir la vivencia del trastorno, remontándose que estas primeras vivencias, en la mayoría traumáticas, y por la falta de un elemento permanente se da el Trastorno de Relación Social Desinhibida.

Por último, el Trastorno de Relación Social Desinhibida también se asocia a un elemento muy común de la cotidianidad y que para muchos significa un problema con graves consecuencias psicológicas, como lo mencionan Seim, Jozefiak, Wichstrøm, Lydersen, Kayed (2021) en su artículo acerca del autoestima en adolescentes con trastorno de apego reactivo se puede observar que la baja autoestima produce efectos negativos en torno a la adversidad infantil y problemas de salud mental en la etapa de la adolescencia, por lo cual, se plantea la hipótesis

que el Trastorno de Relación Social Desinhibida es causada por una insuficiente atención, desconociendo si está relacionada con el factor de la autoestima dentro de dicho estudio.

El autor, Seim et al. (2021) menciona en su artículo que la autoestima se determina como “el valor en el desarrollo de las experiencias en concordancia a la capacidad cognitiva de la persona, en donde se pueden producir consecuencias negativas por la insuficiente atención en la primera infancia”, ya que depende del nivel de autoestima que tiene el niño en sus primeros años el grado de afectación positiva o negativa que posea y que, en torno a esto, relacionándolo con su entorno de crianza.

Es decir, en este caso se asocia la competencia escolar con una muy baja autoestima en los adolescentes que presentan el Trastorno de Relación Social Desinhibida, esto puede deberse a factores comunes en el desarrollo de la adolescencia, más aún en aquellos jóvenes que tienen una autoestima mucho más baja que sus pares dentro de dicho grupo poblacional, lo anteriormente mencionado también se relaciona con que la aceptación social que está aunada a los niños que provienen de situaciones traumáticas o de maltrato por un comportamiento indiscriminado, debido a entornos domésticos negligentes, por lo que esto produce que los adolescentes evoquen respuestas sensibles en su entorno social (Seim et al., 2021)

### **3.5 Proceso de evaluación**

#### **3.5.1 Evaluación de áreas funcionales**

Según la psicóloga Anais Linares, el ser humano desde el momento del nacimiento se va desarrollando y pasando por diferentes etapas donde se pueden adquirir, aprendizajes, experiencias y conductas que pueden impactar en la vida del individuo de manera positiva o también negativa. Las personas pasan por un proceso evolutivo que llega o culmina hasta la edad adulta, donde no solo ocurren cambios físicos, sino que también se va generando el desarrollo psicológico donde las áreas funcionales juegan un papel importante (Linares,2021).

Por lo tanto, cada una de las áreas están correlacionadas con la manera en que el individuo se va desarrollando y se relaciona con los demás teniendo en cuenta los diferentes aspectos o contextos son de este (Linares,2021). De lo anterior cabe mencionar que dentro de las áreas del funcionamiento del ser humano se encuentra:

#### **Área personal:**

Cada una de las áreas funcionales del ser humano juegan un papel importante en su evolución, cada persona se enfrenta a retos y a situaciones complejas que han generado el desarrollo de habilidades que han sido significativas para su vida, como el bienestar y su desempeño y crecimiento profesional. Desde el nivel personal se desarrolla la esencia de la persona, el autoconcepto, la personalidad, la autoestima, las relaciones personales e interpersonales, la comunicación el liderazgo, la productividad y el profesionalismo. Desde esta área se evalúa como es la persona (Camacho,2019).

### **Área familiar**

Esta área igual que las demás, es importante para el individuo, ya que desde el contexto familiar se generan los primeros vínculos afectivos. Asimismo, los valores, principios éticos y morales que forman la identidad de la persona, quien es de donde vine y como se relaciona, la familia es considerada el cimiento de todas personas y es aquella que se forma a partir de la relación que se da entre dos personas, donde cada miembro tiene una vida propia e involucra factores importantes como la escucha, la confianza, los afectos, la interacción y el origen (Linares,2021).

### **Área social:**

La interacción social, las relaciones interpersonales son fundamentales para crear vínculos con los demás. Establecer vínculos con los padres, los amigos, jefes y compañeros de trabajo van generando en un tejido social donde se genera las características de personalidad, como; la timidez o la extroversión. Asimismo, desde el área social el individuo puede moldear los valores, creencias y aspectos culturales, como también pueden generarse cambios en su conducta y comportamiento (Linares,2021).

### **Área académica:**

El ser humano no solo desarrolla capacidades emocionales y cognitivas, sino que desde el área académica adquiere conocimientos y aprendizajes que durante las diferentes etapas de la vida se va preparando para un futuro profesional, desde esta área no solo se plantea un proyecto de vida, sino que a su vez le va a permitir tener contacto con su entorno y poder convivir y relacionarse con diferentes personalidades, así mismo se prepara para enfrentar diferentes situaciones (Linares,2021).

**Área cognitiva:**

Esta área está conformada por una serie de características que forman la psique; entre las cuales cabe mencionar, el pensamiento, las emociones, el lenguaje, la lógica racional, la atención y la memoria, por ende, es importante tener un buen estado de salud mental, ya que con el paso del tiempo se pueden ver alterados afectando el normal desarrollo del ser humano (Linares,2021).

**Área emocional:**

Una de las áreas más complejas, que no se limita al reconocimiento de las emociones, sino que tiene relación con la psique y también está relacionada con la inteligencia emocional, es decir con aquello que sentimos, el autoconcepto y como expresas cada una de ellas, desde el área emocional el ser humano desarrolla la capacidad para generar vínculos y relacionarse empatizar con los demás (Linares,2021).

**3.5.2 Examen del estado mental**

Según Kaplan & Sadock. (2011), afirma que el examen es una descripción del aspecto, el habla, las conductas y los pensamientos del paciente durante la entrevista. Se trata de un instrumento de estudio psiquiátrico que permite reconocer, síntomas y signos para un apropiado diagnóstico; a su vez, se refiere como un esquema sistemático para registrar los datos sobre el pensamiento, el sentimiento y la conducta. En el examen del estado mental se estipula exclusivamente los fenómenos observados en el momento de la entrevista. Por último y no menos importante hay que tener en cuenta que el estado mental puede cambiar cada hora o cada día.

**Esquema del Examen Mental** (Rojas, Z. S.f. p.12)1. Apariencia general, actitud y comportamiento

- Apariencia
- Actividad
- Expresividad
- Voz
- Relación con el entrevistador

2. Afecto3. Pensamiento4. Percepción5. Sensorio y capacidad intelectual

- Conciencia
- Orientación
- Atención
- Memoria
- Inteligencia

12 – Funcionamiento Intelectual

- Capacidad de abstracción
- Vocabulario e información general

6. Juicio7. Conciencia de enfermedad (insight)8. Confiabilidad9. Impresión diagnóstica

### 3.5.3 Pruebas para aplicar

#### Q-Sort de Sensibilidad Materna

Teniendo en cuenta que el Trastorno de Relación Social Desinhibida (TRSD) no se puede diagnosticar antes de que los infantes estén en la capacidad de generar vínculos selectivos según su desarrollo (Bustamante, Ortiz Venegas & Spencer Contreras, 2017). Es decir, se diagnóstica cuando el niño tenga por lo menos nueve meses de edad (Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020). Asimismo, el TRSD no se ha descrito en los adultos. Por lo anterior, el proceso de aplicación de pruebas se torna un poco complejo debido a que no se puede aplicar una batería al infante, sino basarse en la observación de su comportamiento a fin de identificar los criterios diagnósticos.

Sin embargo, como ya se ha mencionado en otros apartados, este trastorno está relacionado con deficiencia en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, estereotipias, y con otras muestras de negligencia severa, como desnutrición o cuidados deficientes. Considerando que las señales de negligencia se deben en la mayoría de los casos a una relación negativa entre madre-hijo se puede usar técnicas de evaluación como el Q-Sort de Sensibilidad Materna o “*Los Cuatro Estilos de Sensibilidad Materna*”, dicho instrumento fue creado con el propósito de identificar los aspectos más relevantes ente la relación madre-hijo, con base en las conductas más específicas en vez de aspectos generales. De esta manera, se otorga importancia a las características particulares de la sensibilidad de cada figura materna (Pederson et al., 2014; Posada, 2013, Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020). Esta prueba logra la descripción de 90 comportamientos o conductas utilizando como referencia la escala de sensibilidad de Ainsworth (Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020)

Este instrumento está basado en la teoría de que existen cuatro tipos o estilos de sensibilidad materna: el sensible (se refiere a la madre que tiene la capacidad para leer y



comprender la necesidad en vida del bebé), el no disponible (en pocas palabras se refiere al tipo de madre que está emocionalmente agobiada, por lo que presenta indisposición a atender las necesidades de su hijo), el hipervigilante (madres que responden inadaptadamente a las emociones negativas del niño dejándose influir fácilmente por la ansiedad del bebé) y el ambiguo (son aquellas madres que se muestran como una figura amenazante y protectora al mismo tiempo) Dependiendo del tipo de sensibilidad materna genera de igual forma los diferentes tipos de apego del niño frente a su madre (Salinas, 2015).

En conclusión, este instrumento permite tres modos de aplicación, la primera es la observación directa de la interacción entre madre-hijo (Pederson & Moran, 1995, citado por Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020), la segunda es el autorregistro realizado por la madre de su propio comportamiento y, por último, el reporte de ideales (Carbonell, Plata, & Alzate, 2006, citado por Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020). Dependiendo de la modalidad seleccionada se obtiene el grado de sensibilidad a través de la distribución de los ítems determinando si son comportamientos característicos, o no, de la madre. Haciendo uso del análisis factorial, se estandariza la prueba, donde cada categoría está consolidada por 10 conductas, obteniendo puntajes entre 1 y 9. Entonces, entre 1 y 3 están las conductas que menos hacen parte del repertorio de la madre, y las que más la caracterizan entre 7 y 9. Las conductas que no caracterizan o no se observaron, son puntuadas entre 4 y 6 (Salinas-Quiroz & Posada, 2015).

## Entrevista del Trastorno de Apego

Esta es una entrevista semiestructurada ha tenido varias adaptaciones, en este caso se hará énfasis en la adaptación Smyke & Zeanah (2017) quienes mencionan que esta prueba *“fue diseñada para ser administrada por médicos a cuidadores que conocen bien al niño y su comportamiento. Si es posible, debe ser administrado al cuidador principal del niño”*. Cada prueba específica está diseñada para obtener la mayor información sin pretender ser exhaustivos. Los médicos deben sondear hasta que sentirse seguro acerca de cómo calificar cada elemento. La puntuación se completa al cierre de la entrevista basada en las respuestas proporcionadas. La familiaridad con los fenotipos conductuales será bastante útil para buscar los datos suficientes y poder calificar de forma competente la prueba (Smyke & Zeanah, 2017).

Dicha entrevista se puede administrar a los cuidadores de niños pequeños entre las edades de 10 y 60 meses. Para iniciar la entrevista se debe comenzar explicando que dura alrededor de unos 20 minutos, y que su objetivo es entender mejor a los niños. Este instrumento tiene preguntas que van desde *“¿Cuántos años tiene el niño?”* hasta *“¿Tiene uno o más adultos especiales que prefiere sobre los demás? ¿Quién es? ¿Cómo demuestra que prefiere a esa(s) persona(s)?”* o *“Cuando estás en un lugar que no es familiar para el niño, ¿qué hace? ¿Vuelve a consultar con usted o simplemente se va sin volver a consultar? ¿El/ella tiende a vagar sin ningún propósito en particular? Si se encuentra separado de ti ¿Se enfada o parece no molestarle realmente?”*, entre otros (Jonkman, Oosterman, Schuengel, Bolle, Boer & Lindauer, 2014).

### 3.6 Técnicas de intervención

La intervención desde la terapia cognitivo-conductual, que desde el autor Quintana, E. (S,f) promueve un enfoque sobre el fortalecimiento de la autoestima, el desahogo emocional y el entrenamiento de habilidades sociales, las cuales le permiten una adaptación más positiva a las áreas funcionales, relación personal, social y familiar. Asimismo, el manejo emocional y la corrección de patrones inadecuados de comportamiento en un entorno social.

El autor Leiva, M. (2021) Argumenta que las técnicas aplicadas para aquellos niños diagnosticados con el trastorno anteriormente mencionado se basan en la llamada “*teoría del apego*” y se centran en aumentar el nivel de reacción y la afectividad del cuidador, sin dejar atrás una evolución a detalle del estado de apego o respuestas del adulto que está al cuidado.

Por consecuente, el objetivo principal no es únicamente lograr la transformación de la conducta de la niña, sino también de los padres, con actividades aplicadas en tres pilares fundamentales que permitan emitir seguridad, permanencia de la figura de apego y disponibilidad emocional. Por otra parte, con la niña se busca reconstruir la sensación de seguridad y la reconstrucción de un vínculo sano y positivo.

El abordaje al caso se realiza desde el modelo cognitivo conductual, el cual, según Ruiz, A., Diaz, M. Villalobos, A. (2012) integra conocimientos de la teoría del aprendizaje con el procesamiento de la información y a su vez describe cómo se adquieren algunas conductas en la infancia y la adolescencia del ser humano. Es decir, la manera en que cada persona procesa la información es esencial, ya que esto permite entender la forma de comportarse a fin de realizar la intervención más adecuada. A su vez, el modelo parte desde la base de que todo lo que nos rodea, influye y de que las conductas son también aprendidas.

Asimismo, el autor Knell, S. (2017) describe que *“las intervenciones cognitivas son utilizadas con niños pequeños para ayudarlos a modificar sus pensamientos y a aprender habilidades de afrontamiento más adaptadas”*. Por lo anterior, cabe resaltar que es de suma importancia que las intervenciones cognitivas sean de interés para los niños, siendo estas comprendidas de forma sencilla, precisas y sin dificultad verbal.

En relación con lo anterior, se tomó en especial la siguiente técnica de intervención según el modelo cognitivo conductual:

- **Terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC)**

El autor Schaefer, C. (2012) cita a Knell, S. en el que manifiesta que la terapia de juego cognitivo-conductual se fundamenta en el modelo cognitivo del trastorno emocional y se caracteriza por ser de fácil comprensión, el tiempo es limite, se estructura, directiva, va dirigido a la problemática y a la psicología en el área educativa.

Por lo tanto, en relación con el aprendizaje infantil, Bilbao (2015) afirma: *“El cerebro del niño está diseñado para aprender a través del juego. Cuando jugamos con un niño, este entra en modo aprendizaje; todos sus sentidos se centran en la actividad, es capaz de permanecer concentrado, de fijarse en tus gestos y en tus palabras y de recordarlas mucho mejor que cuando lo instruimos o le ordenamos”*. (p. 38)

Es decir, que la psicoterapia aplicada en niños con intencionalidad dirigida hacia el juego resulta ser una intervención idónea, pues en esta etapa de la vida el aprendizaje se vuelve más significativo, si se relaciona con la teoría de David Ausbel *“Aprendizaje Significativo”*.

La terapia de juego cognitivo-conductual según el autor Knell, (1993) es oportuna en niños de primera infancia y etapa escolar, ya que se centraliza en la participación del niño

durante la terapia y se enfoca en abordar los problemas de autocontrol, dominio y responsabilidad, a fin de modificar su conducta. Por otra parte, se involucra al niño para convertirlo en un participante activo del cambio, facilitando la terapia por medio de la presentación de intervenciones apropiadas sobre sus diferentes niveles de desarrollo. En la terapia de juego cognitivo-conductual pueden incorporarse muchas intervenciones conductuales y cognitivas.

Esta terapia de juego surge de las teorías conductuales y cognitivas, que describen el desarrollo emocional y la psicopatología. A su vez, su importancia crece en la década de los 80 y es dirigida a niños en edades entre los dos años y medio y los seis años, ; incorpora las terapias cognitivas, las conductuales y la de juego. Asimismo, se basa en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y sus principios, los cuales son adaptados de forma apropiada para el desarrollo; este tipo de terapia se sensibiliza a los problemas de la evolución de los niños y hace énfasis en la validación empírica de la efectividad de las intervenciones. (Schaefer, 2012)

El autor Schaefer (2012, p. 316) explica que la terapia cognitiva se puede modificar cuando se pretenda aplicar en niños, brindando facilidad a la hora de comprender; por ejemplo, se pueden utilizar juguetes, títeres, libros y peluches a fin de modelar las diferentes estrategias cognitivas. Sin embargo, al realizar la aproximación en el modelo (por ejemplo, el títere) puede complementar en la intervención de forma verbal habilidades en la solución de problemas en lo que se vea involucrado el niño. A su vez, el escenario común para la aplicación de la técnica es un cuarto de juego, resultando diferente a las aplicaciones tradicionales de terapia e integra la necesidad de una relación terapéutica positiva, el juego como herramienta comunicativa y la seguridad del contexto percibido por el paciente en la intervención de la terapia.

En conclusión, esta terapia se destaca principalmente por la importancia en la relación pensamiento-conducta y el acompañamiento activo del terapeuta. Por lo tanto, el autor Schaefer (2012) describe que la terapia de juego cognitivo conductual (TJCC) contiene 4 fases:

La primera es fijar las metas que se quieren lograr. Seguidamente la elección de los procedimientos o métodos, donde se incluye alguna forma de modelamiento como componente crucial. *“En la terapia de juego cognitivo-conductual se utiliza el modelamiento para mostrarle al niño habilidades de afrontamiento adaptadas”* (Schaefer, 2012, p. 218). Después de ello, la planeación de las intervenciones, destacando el reforzamiento positivo y el modelaje, y por último, la evaluación de resultados.

- **Técnica de economía de fichas**

Según Cortez, R. (2020). *“Es muy útil cuando queremos generar una motivación e interés hacia actividades que pueden no resultar atractivas para determinadas personas”*. Por lo tanto, es una técnica utilizada para incrementar o disminuir ciertas conductas. Aunque se acostumbra a emplearse con niños, también se puede aplicar con adultos. Por ejemplo, puede ser útil en los siguientes casos:

- Para inducir que los individuos no se salten las normas.
- Para conseguir que los más pequeños de la casa recojan sus juguetes o aprendan asearse por sí solos, en este caso sería que se laven los dientes, tomen la ducha y se arreglen cada vez que se levanten por la mañana.

Cabe resaltar que esta técnica tiene un efecto más positivo si es trabajado según el caso con articulación de la institución educativa donde pertenece Belinda y su familia. Asimismo, es necesario crear una *“flexibilización curricular”* o una adaptación, incluyendo a la niña en los

procesos educativos de inclusión que se estipulan en el DECRETO 1421, por ejemplo, estableciendo un diseño universal de aprendizaje (DUA). Entendiendo así, por parte de la familia que la menor presenta una disminución en su rendimiento académico, mayormente afectada por una complicación cognitiva.

### **Aplicación de la Técnica**

Para iniciar la aplicación de la técnica es fundamental identificar correctamente la conducta que queremos aumentar o disminuir.

- Deben seleccionar una conducta para que la niña la establezca como hábito, o corregir la que más presenta en el entorno.
- Se debe elegir las fichas que se le dará como reforzador inmediato, y que seguidamente se cambiaran por el premio. Por ejemplo, emoticones pegantes.
- Se diseña un papel para pegar los emoticones y poder llevar un control de la consecución de la conducta a conseguir.
- Se debe establecer un premio para el final de la semana.
- Establecer cuantas fichas debe conseguir la paciente durante la semana para poderlas cambiar por el premio
- Elabore un listado de privilegios por los que pueden cambiarse las fichas que se hayan conseguido. Por ejemplo, cinco fichas pueden equivaler a una chocolatina.
- Establezca el valor de las conductas que desea obtener. Si se trata de una conducta compleja, deberá segmentarla en subconductas y definir el valor en fichas de cada una de ellas.

- Iniciando, no se debe ser demasiado exigente al determinar las condiciones para obtener fichas; de esta forma, será más sencillo que la menor tenga éxito. Incremente el nivel de exigencia de estas condiciones poco a poco.
- Evalúe seguidamente la eficiencia de la técnica incorporado o eliminando objetivos, y a su vez, modificando las recompensas.
- Retire pausadamente las fichas. Por ejemplo: al principio, usted le dará fichas al alumno cada vez que éste complete una etapa de una actividad escolar determinada.

Pasado un tiempo, se puede ofrecer fichas sólo después de que éste haya realizado el trabajo completo.

- **Técnica de Modelado**

Para el autor Puchol, D. (2018) el modelado o modelamiento, refiere a la imitación, donde abarca un aprendizaje observacional o vicario, siendo esta técnica una estrategia elemental de intervención para el psicólogo terapeuta que emplee el modelo cognitivo-conductual como referente; que a su vez, es un método eficaz para cambiar la conducta de personas de diferentes tipos y de todas las edades, es decir niños, adolescentes y adultos, con apariencia normal, criminal, con retraso o psicóticos y con variedad de problemas, como miedos, déficits y excesos de conducta.

Cormier y Cormier (1994) definen el modelado como "*el proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o grupo, el modelo actúa como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo o grupo que observa la ejecución del modelo*". Es por ello, que el modelado se usa como estrategia terapéutica para ayudar a los



pacientes a obtener respuestas y superar sus miedos. En otros casos, es parte integral de los métodos globales de intervención.

Por otro lado, Puchol, D. (2018), indica que el modelo de afrontamiento demuestra inicialmente habilidades parecidas al espectador y gradualmente enseña las habilidades necesarias para lograr una solución a la situación de una manera satisfactoria.

El procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Creación de los objetivos a conseguir del terapeuta
  2. Priorizar la dificultad de conductas a modelar y dar orientaciones concretas al paciente o cuidador respecto a las principales cuestiones a tener en cuenta en el ejercicio de modelamiento, es decir, las dimensiones, consecuencias y estímulos.
  3. La persona modelo ejecuta y describe verbalmente las conductas establecidas; después de ello el terapeuta le pide al observador que explique el comportamiento, teniendo en cuenta sus antecedentes y efectos.
  4. Inducir al paciente a que ponga en práctica lo observado en la sesión y siga realizando ensayos seguidamente de ello.
- **Técnica de video-Feedback**

Según Montagud, N. (2019), testifica que la técnica de video Feedback, ayuda a encontrar y detallar errores al momento de interactuar con los menores, consiste en grabar o registrar situaciones cotidianas entre el adulto y el infante, analizando los posibles problemas. Además, en el ámbito social y clínico esto puede ser un tipo intervención psicológico, en el que se usa para filmar los comportamientos del individuo, detectando cuales son las problemáticas

que se deben cambiar o seguir ejecutando aquellas que sean positivas; por medio de la observación del video grabado.

Ver videos puede crear un ambiente compartido entre los integrantes de la familia y la niña, fomentando la sensibilidad y empatía el uno por el otro. Por lo tanto, cuando los padres entienden lo que siente su hijo o lo que le impide desarrollarse normalmente, pueden cambiar su estilo de crianza para promover una mejor descendencia. De este modo, la grabación debe estructurarse adecuadamente en términos de cómo se espera el proceso de tratamiento y las conductas que se consideren relevantes. (Montagud, N. 2019),

En definitivo, es muy habitual que los niños que han sido adoptados no desarrollen un apego seguro, y como resultado de esto, sufra determinados problemas de conducta. Las mediaciones son ajustadas en regenerar el método parental y fortalecer la red de apoyo familiar, haciendo uso de la técnica de video Feedback, se generan mejorías en el estado emocional y social del paciente, y, asimismo, cooperando en familias que optaron por la adopción.

### **3.6.1 Efectividad en los modelos de intervención**

En cuanto a una intervención se refiere a la aplicación de técnicas y principios psicológicos del profesional, para estudiar el comportamiento de las personas, con el propósito de orientarlas a la comprensión de sus diversos problemas, en el que los superan o los reducen, para así lograr una mejoría en las capacidades individuales o las relaciones con el entorno, (Rubio, 2016). Sin embargo, la intervención va enlazada a la evaluación y el seguimiento ya sea de los objetivos alcanzados, apreciando de cada proceso u desarrollo de las sesiones, tanto así, que se puede ir observando un avance y las estrategias aprendidas que se van trazando.

Es importante mencionar que la efectividad del modelo cognitivo conductual se puede presenciar que existe una gran cantidad de evidencia científica para el tratamiento de alteraciones psicológicas, y así como problemas que perjudican el bienestar de las personas. Esta terapia tiene una función u forma de tratamiento psicológico que buscan transformar pensamientos y conductas que causan malestar o en algunos casos sufrimiento en la vida de las personas, puede funcionar de manera individual o grupal, al paciente u persona que se está interviniendo se ayuda a definir objetivos claros y efectivos que han de cumplirse durante las sesiones establecidas, y resaltando que esta terapia se requiere de la elaboración de un diagnóstico clínico psicológico para poder llegar a realizar una excelente intervención (Rubio, 2016).

Por último, el autor Rubio. B (2016), menciona que la participación y el empeño que el paciente da es fundamental mediante la elaboración de las diferentes actividades tales como el aprendizaje, memorización, atención, practica de técnicas psicológicas entre otras, de este modo se logra enfocar la solución al problema específico, mediante los objetivos que se van trazando y los alcanzables en el corto o largo proceso.

## 4. Informe Clínico

### 4.1 Datos personales

**Nombre y apellidos:** Adriana Russo

**Identificación:** 1231209000

**Fecha de nacimiento:** 05/04/ 2017

**Edad:** 4 años

**Sexo:** Femenino

**Escolaridad:** Prejardín

**Institución Educativa:** Jardín “*Nuevo Amanecer*”

**Integrantes del hogar:** Padres y hermano

**Numero de hermanos:** 1 hermano

**Dirección:** Mz. D lote 5 casa 32- la esperanza

**Teléfono:** 3228335410

**Nombre del examinador:** Jean Paul Rino

**Inicio del proceso psicológico:** 26/10/2020

### 4.2 Motivo de consulta

Los padres y/o cuidadores refieren estar preocupados porque: “*la niña demuestra comportamientos impulsivos*”. Paciente de 4 años llamada Adriana, inscrita en un programa de guardería es llevada por madre adoptiva a consulta, sus papas manifiestan que la adoptaron cuando tenía 29 meses. Durante los controles de salud el pediatra reviso su historia clínica sin hallazgos ni alteraciones, la menor se mostraba alegre, espontánea, sin muestra de rechazo. Asimismo, se identifica leve retraso de lenguaje, no tiene participación en el colegio, interrumpe,

en ocasiones golpea a los otros niños, le cuesta calmarse, la madre manifiesta adicionalmente, que en una ocasión estaban en el centro comercial y trato de marcharse con otra familia, no distingue con facilidad entre extraños y familia, crea un acercamiento a las personas y las abraza sin importar que sean desconocidas.

### 4.3 Composición familiar

**Tabla 2.**

*Composición Familiar de la paciente*

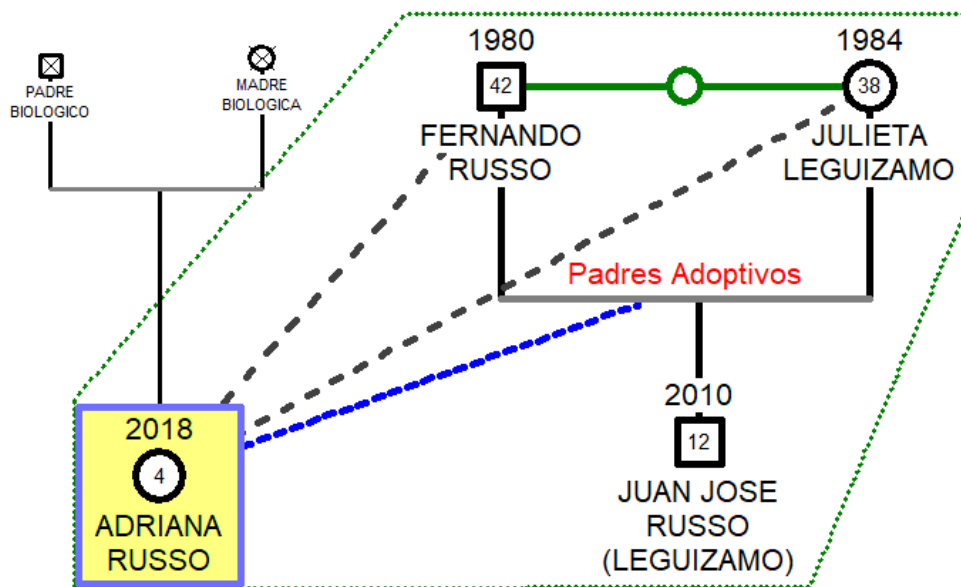
<b>Nombres y Apellidos Completos</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Parentesco</b>
<b>Julieta Leguizamo</b>	38	Administradora	Mamá
<b>Fernando Russo</b>	42	Medico	Padre
<b>Juan José Russo Leguizamo</b>	12	Estudiante	Hermano

Nota. Esta tabla muestra información de la composición a nivel familiar de la paciente.

### 4.3.1 Genograma

**Figura 4.**

*Genograma de la paciente Adriana Russo [GenoPro2020]*



Nota. La figura 1 representa una muestra pictórica de las relaciones familiares y su historial.

**Descripción:** Adriana Russo es una paciente extranjera, menor de edad, quien pasó sus primeros años de vida en un orfanato, donde fue abandonada por sus padres biológicos y quedó bajo la protección de los cuidadores del lugar, a los 29 meses fue adoptada, desde entonces vive con sus padres adoptivos Julieta y Fernando quienes tienen una relación estable y tienen un hijo biológico de 12 años.

#### **4.4 Evaluación de áreas funcionales**

##### **4.4.1 Área de nivel Personal:**

Adriana es una niña que a su corta edad se muestra agradable, cariñosa, su familia la mantienen con una buena presentación personal.

##### **4.4.2 Área familiar:**

Paciente de 4 años llamada Adriana, fue abandonada por sus padres biológicos en un orfanato de Europa donde quedo bajo la protección de los cuidadores del lugar, actualmente la menor vive con sus padres adoptivos y un hermano de 12 años, hijo biológico de la familia, mantienen una relación afectiva, disponen de tiempo para salir y compartir, son muy unidos se preocupan por el bienestar de sus integrantes, pero sobre todo están pendiente del desarrollo y las conductas de la menor.

##### **4.4.3 Área social:**

A la menor se le dificulta relacionarse con sus pares, en el colegio interrumpe los juegos, no participa en actividades de trabajo en equipo, pero a su vez se le facilita relacionarse con las personas adultas; como la profesora, sus padres o personas desconocidas.

##### **4.4.4 Área académica:**

En este caso se desconoce la parte académica de la menor en cuanto a sus calificaciones y rendimiento, de acuerdo con lo manifestado por sus padres la menor inicialmente fue inscrita en un programa de guardería, donde su docente manifestó que no participaba en las actividades de grupo, en la guardería no se relaciona bien con sus compañeros de salón, a la única persona a la que hace caso es su profesora, en los recesos se nota dispersa, y no deja que sus compañeros jueguen.

#### 4.4.5 Área cognitiva:

A sus cuatro años Adriana, se evidencia retraso de lenguaje no acorde a su edad, no acata ordenes ni instrucciones, ausencia total de apego selectivo.

#### 4.4.6 Área emocional:

A la menor le cuesta regular sus emociones, generando afectaciones en su estabilidad y comportamiento, en ocasiones se muestra impaciente, impulsiva, le cuesta esperar, tiende alterarse largos periodos de tiempo, se molesta fácilmente y se le cuesta controlarse por sí sola.

### 4.5 Examen del estado mental

- **Datos de Afiliación**

Nombre y Apellido: Adriana Russo

Edad: 4 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 05/04/2017

Lugar de Nacimiento: Sin información

Grado de escolaridad: Jardín

Ocupación: Estudiante

- **Actitud, porte y comportamiento**

1. Aseo personal

La higiene es adecuada ( x ) o inadecuada ( )

Muestra falta de interés por su aspecto personal SI ( ) NO ( x )

El uso de su ropa es el adecuado ( x ) o inadecuado ( )

2. Su conducta evidencia:



La paciente demuestra interés ( x ) o desinterés ( ), por lo que se pregunta

Abandono ( x ) enojo ( ) desesperación ( ) apatía ( ) tristeza ( ) incomodidad ( )

Pérdida de reacciones simpáticas, por ejemplo: Movimientos involuntarios de extremidades. SI ( ) NO ( x )

- **Atención, conciencia y orientación**

**Atención:** La menor presenta una atención voluntaria poco estable debido a que sigue pocas instrucciones al momento de realizar actividades grupales con sus pares o compañeros de colegio, mostrando así enojo o frustración con ellos y consigo misma. Aunque al tratarse de una persona adulta quién le esté hablando, logra captar su atención.

**Conciencia:** La paciente se encuentra estable hasta el momento, ya que responde a gran variedad de preguntas de forma coherente, percibiendo y distinguiendo estímulos del exterior. Pero, por otro lado, su conducta termina siendo no la más adecuada, porque siempre quiere terminar encima de las piernas de todas las personas adultas, lo que para ella viene siendo algo muy normal.

**Orientación:** La niña se orienta en tiempo, reconociendo aproximadamente el día y la noche; pero a su vez, se le dificulta orientarse en espacio y persona, ya que no mide la distancia y la afectividad con los extraños, ni los lugares en que toma esas conductas. Por lo que se concluye que la menor presenta ciertas alteraciones.

- **Lenguaje**

Se analiza que la menor no presenta un lenguaje apto para su rango de edad, ya que muestra retraso en ello, siendo mayor la comprensión que la producción. Según el caso indica que debido a que la niña presenta un percentil por debajo de 5, con persistencia de un perímetro

cefálico pequeño y la posibilidad de retrasos cognitivos leves, pueden seguir afectando en la preparación para poder ir a un colegio.

- **Pensamiento**

Aparentemente manifiesta un pensamiento racional, ya que maneja relación con las preguntas o temas planteados, aunque al contenido de ello se muestra retraída y con mal recuerdo a lo vivido. Es por ello, que descarga su intranquilidad con sus pares o compañeros de grupo, y necesita recargar su apego en personas adultas.

- **Percepción**

En la percepción, se encuentra todo apropiado, ya que la menor reconoce y separa la calidad y cualidad de todos los estímulos tanto auditivos, táctiles, visuales y olfatorios.

- **Memoria**

Aquí la menor no presenta mayor descripción, por lo tanto, se asume que esta función se encuentra en normalidad en su rango de edad.

- **Funcionamiento Intelectual**

Dado que la menor tiene muy poca edad, no tiene aún un nivel de razonamiento abstracto, pero establece diferencias y similitudes de los objetos y las edades de las personas, reconociendo las funciones de cada uno y características específicas que le permiten tener debidos comportamientos frente a ello; sin embargo, no mide consecuencias de las acciones que presenta.

- **Estado de ánimo y afecto**

La menor presenta problemas emocionales que ha afectado en su comportamiento debido a consecuencia de un ambiente familiar disfuncional en el que vivió, ya que muestra poca interacción y muy poca amabilidad con sus pares o compañeros de su mismo grado de escolaridad, pero a su vez no teme mostrar afecto ni timidez para con personas adultas sean

familiares o desconocidos. Asimismo, evidencia cambios bruscos en su estado de ánimo, pasa de ser una niña alegre y cariñosa, a enojarse fácilmente, debido a que cosas mínimas la alteran en largos periodos de tiempo y no se puede calmar por sí sola, a menos que un adulto se acerque y le brinde un afecto o una caricia hacia ella.

## **4.6 Pruebas aplicadas**

### **4.6.1 Q-Sort de Sensibilidad Materna**

Para obtener la mayor información posible se optó por realizar la aplicación de los instrumentos de Q-Sort de Sensibilidad materna, recordando que esta prueba se basa en conductas específicas dentro de la relación madre-hijo (Bárrig-Jó, Nóblega & Ugarte, 2020). Se realiza la aplicación de esta prueba bajo la modalidad de observación, ya que, se considera la modalidad óptima en este caso, pues la menor presenta un retraso en su lenguaje y aunque se pueda obtener información de la madre, como terapeutas resulta más idóneo observar cada una de las diferentes conductas entre ambos y deducir la relación por medio de esto.

Como es una prueba de observación, se realiza una visita domiciliaria y se identifica las diferentes conductas entre madre-hijo, registrando así las diferentes conductas, clasificando las tarjetas en tres montones: con tarjetas que describan a la madre en el grupo de la derecha, tarjetas que se refieran a comportamientos no observados, moderadamente descriptivos de la madre, o a veces verdaderos y a veces falsos en el medio, y cartas que son no característico de la madre de la izquierda (Pederson, D., Moran, G., & Bento, S., 1999). Cabe resaltar que los autores afirman que funciona mejor si las pilas son aproximadamente iguales, pero con un poco menos de tarjetas en la pila del medio.

Lo que más se busca con esta prueba es describir las características sobresalientes de las interacciones que se observaron. Por lo tanto, es una buena herramienta porque generalmente es muy útil al obtener información relevante durante la visita domiciliaria, los observadores generalmente están de acuerdo, y distingue a las madres en relaciones seguras de aquellas en relaciones no seguras (Pederson, D., Moran, G., & Bento, S., 1999).

La dificultad es que el ítem se refiere a la experiencia directa del observador y no del infante con la madre. Para lo anterior, la prueba consta de 20 ítems, donde cada uno representa una situación y se califica dependiendo del comportamiento de la madre y de la importancia de dicha conducta.

Por ejemplo, en el primer ítem de la prueba se pretende analizar la conducta de juego entre M-H (Madre- Hijo), por lo que se busca si M brinda a H pocas oportunidades de contribuir a la interacción. Lo anterior, permite que el evaluador determine si M es directivo sin tener en cuenta las intenciones de H, si hay poca o ninguna interacción, o si, por el contrario, M puede iniciar el juego o las interacciones con H, mostrando interés por esto.

Otra conducta que busca evaluar uno de los ítems, es si M supervisa las actividades de H durante la visita, esto para determinar si independientemente de las tareas en competencia, M vigila de cerca a H. Si H entra en otra habitación, M está al tanto de las actividades de H, su comportamiento sugiere que sabe lo que H está haciendo en todo momento (Pederson, D., Moran, G., & Bento, S., 1999).

#### 4.6.2 Entrevista del Trastorno de Apego

Esta entrevista consta de 17 ítems, para poder iniciar con la entrevista, se empieza hablando con padres/cuidadores acerca de que se hará una serie de preguntas sobre sus hijos y algunas de las cosas que hacer, con el fin de poder entender mejor a los niños. A su vez, se les comenta que esta entrevista dura unos 20 minutos, a veces un poco más, a veces un poco menos. Seguido a esto se les pregunta la edad del menor.

*Los ítems traen 17 preguntas, en las cuales se encuentra “¿Tiene uno o más adultos especiales que prefiere sobre los demás? ¿Quién es? ¿Cómo demuestra que prefiere a esa(s) persona(s)?” o “Cuando estás en un lugar que no es familiar para el niño, ¿qué hace? ¿Vuelve a consultar con usted o simplemente se va sin volver a consultar? ¿El/ella tiende a vagar sin ningún propósito en particular? Si se encuentra separado de ti ¿Se enfada o parece no molestarle realmente?”, entre otros (Jonkman, Oosterman, Schuengel, Bolle, Boer & Lindauer, 2014).*

Cada pregunta tiene diferentes opciones de respuestas y se debe seleccionar la opción que mejor se adapte al comportamiento típico del niño. Las preguntas pretenden ser ilustrativas en lugar de exhaustivas. La idea es sondear lo suficiente para que la calificación se vuelva clara (Jonkman, Oosterman, Schuengel, Bolle, Boer & Lindauer, 2014).

## **4.7 Objetivos de valoración e intervención**

### **4.7.1 Objetivo general**

Contribuir a la mitigación de las conductas de riesgo de la menor a través de la implementación de técnicas desde enfoque cognitivo conductual

### **4.7.2 Objetivos específicos**

- Fortalecer la red de apoyo familiar, estableciendo roles a cada integrante del entorno que permita la regulación del apego a nivel familiar
- Incrementar el desarrollo de las habilidades sociales específicamente las relaciones interpersonales en todos los sistemas, familiar social y educativa.
- Orientar a los profesionales educativos sobre el trastorno de relación social desinhibida a través de la psicoeducación

## **4.8 Resumen del proceso**

Para el cumplimiento de los objetivos de intervención formulados se propone siete sesiones en las que inicialmente se busca establecer empatía con la paciente, generar un acercamiento donde se pueda recopilar información, hacer un reconocimiento del grado de conciencia sobre el motivo de consulta usando como herramienta una entrevista semiestructura dinámica, donde se realizaran preguntas de fácil comprensión, asimismo se explica a la madre de la menor que para iniciar es importante que de la autorización firmando el consentimiento informado, donde queda establecido el proceso que se realizara, cuál es la metodología y herramientas para aplicar en cada uno de los encuentros.

Teniendo en cuenta lo manifestado por la paciente, cada una de las sesiones está estructurada para trabajar un aspecto diferente, utilizando herramientas de fácil comprensión pero que a su vez al aplicarlas generen cambios en la conducta de la paciente.

En las intervenciones propuestas también están involucrados los padres ya que son las personas más cercanas y afectivas de la paciente. Por lo consiguiente en la segundo se abordará las características de las familias, aplicando dos pruebas de evaluación, entrevista del Trastorno de Apego y Q-Sort de Sensibilidad materna, donde permita identificar situaciones que regulen el apego.

Seguidamente, en la tercera sesión se trabajarán patrones de conducta, mediante la economía de fichas las cuales permitirán crear vínculos afectivos en la niña, Luego en la cuarta sesión se utilizará la técnica de video Feedback para establecer una la red de apoyo familiar, con el objetivo de mitigar las conductas de riesgo de la paciente se trabajó en cada una de las áreas haciendo énfasis especialmente en la familiar social y educativa, es por ello que en la quinta sesión se trabajó habilidades sociales y relaciones interpersonales, mediante la utilización de títeres, donde se interactuó con la paciente dos cuentos muy bonitos, hacer amigos y caperucita roja dándole a conocer la importancia de crear lasos de amistad y a reconocer los peligros de relacionarse con personas desconocidas.

En la sexta sesión con la implementación de la economía de fichas en el ámbito escolar se busca integrar a la docente y compañeros actividad que consiste en que dependiendo la conducta dada en cada uno de los días de la semana la mejor tendrá un emoticón con una característica sea positiva negativa opositiva ya que se busca mediante esta técnica fomentar o fortalecer las habilidades sociales.

Por último, en la séptima sesión se realizará una retroalimentación con todos los integrantes, paciente y familia sobre lo que ha sido el proceso de intervención, los cambios generados y la evaluación final de todo el proceso, adicionalmente se darán recomendaciones para seguir trabajando desde casa para disminuir las conductas peligrosas en la menor.

#### **4.8.1 Sesión 1**

##### **Objetivo**

Realizar el primer acercamiento con la paciente, reconociendo que tan consciente está al saber por qué va a consulta psicológica

##### **Desarrollo de la sesión:**

Se realiza el encuentro primeramente con la paciente y su acudiente donde se llevará a cabo la explicación de cuál será el trabajo para realizar en esta sesión y que consta de un tiempo determinado de 60 minutos aproximadamente, asimismo, se le indica a la madre o acudiente que solo se le permitirá estar en el espacio por 10 minutos en el que se le explica los objetivos de la intervención y la presentación del consentimiento informado, ya que es la aceptación de la mediación que se llevara a cabo, después de ello se le pide que se retire.

Se inicia la sesión realizando la presentación y mencionando las pautas para tener en cuenta, tales como, que la función sola con la paciente tendrá una duración de 35 minutos; seguidamente se realiza una entrevista semiestructurada dinámica para romper el hielo y hacer un ambiente más ameno, en el que se le abordarán preguntas sencillas sobre su entorno social y familiar, para conseguir la participación de la menor y captar más su atención. Las preguntas orientadoras que se le realizarán a la paciente son las siguientes:

Niña (Paciente)



¿Como te has sentido?

¿Dónde vives?

¿Con quién vives?

¿Como se llama tu profe?

¿Te gusta pasar tiempo con tu madre?

¿Cómo la pasas cuando compartes tiempo con tu padre?

¿Puedes contarme alguna vez en que te hayas enojado y has querido que te consientan?

¿Te gusta jugar con tu hermano? ¿Con quién compartes más de los tres?

¿Cómo se comportan tus padres cuando estas con ellos?

¿Qué sientes al abrazar a un adulto?

¿Sales a realizar dinámicas con tus padres, es decir, comer helado, ir a cine, piscina?

¿Te gusta compartir con los niños del colegio, los de tu misma edad?

A su vez, por medio de la terapia de juego se implementan la participación de títeres presentando una situación de interés o similar a la de la paciente, narrando cuentos llamativos para la menor, usando chistes, sonrisas y lenguaje infantil. Dentro de ello, se logrará identificar la situación problemática o recuerdos más presentes, prestando atención los pensamientos, emociones y opiniones en relación con esta narrativa.

Se finaliza la sesión indicándoles a la paciente y a su acompañante que este era el primer paso, y que en la siguiente sesión se aplicaran algunas pruebas a los padres para continuar indagando la situación problema y así poder realizar la mejor intervención.

## 4.8.2 Sesión 2

### Objetivo

Identificar situaciones de la participación social en el contexto familiar desde la regulación del apego.

### Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión la cual tendrá una duración de 60 minutos, donde los evaluados serán específicamente los padres de la paciente y esta sesión se trabaja específicamente solo con ellos. Los primeros 10 minutos se les da a conocer que se va a realizar en la sesión y cuál es el fin para conseguir. De acuerdo con la sintomatología presentada por la menor, se opta por realizar una entrevista del trastorno de apego a sus padres, evaluando las características diferenciales de la familia. Por ende, se aplican las dos pruebas de evaluación; entrevista del Trastorno de Apego con un tiempo aproximado de 20 minutos y Q-Sort de Sensibilidad materna, para poder consolidar el diagnóstico y poder iniciar la intervención.

En las pruebas se especifican puntos claves a nivel familiar, por lo tanto, dado a lo anterior se les realiza unas preguntas para poder profundizar un poco más el ejercicio sobre la regulación del apego por medio de unas preguntas:

Padres

¿Qué emociones sienten frente al posible diagnóstico de la niña?

¿Desde que la llevaron por primera vez a casa, ahora que han pasado 54 meses que conviven como padres e hijos sienten que la relación ha mejorado?

¿Ha cambiado en algo la relación que mantienen con la niña?

¿Qué los motivo en adoptar un hijo?

¿Qué los motivo a elegir específicamente a Adriana?

Es importante llegar hacer una identificación en los padres, teniendo presente las diversas situaciones de la participación social en el contexto familiar, con el factor clave de esta sesión que es la regulación del apego.

Se finaliza la sesión indicándole a los padres que ya concreto la segunda intervención y que la siguiente sesión se realiza con toda la familia y poder ir indagando la situación de la paciente.

### **4.8.3 Sesión 3**

#### **Objetivo:**

Establecer patrones de conductas en el ambiente familiar, para crear vínculos afectivos en la niña y promocionar el apego.

#### **Desarrollo de la sesión:**

En esta sesión se integra la participación de los familiares de la paciente y se abordara en 60 minutos aproximadamente; aquí se le explica que es la técnica de economía de fichas, como influye en la intervención de la menor y que mejoras se logran adquirir en su conducta.

A partir de la información recopilada y los resultados obtenidos en las dos sesiones anteriores, se implementará una actividad con duración de 40 minutos, en el que participará todos los miembros de la familia, incluyendo la niña Adriana, basándose en un juego de roles. Principalmente se le explica de que trata y que se quiere conseguir con ello; en este ejercicio deben elaborar un listado con las principales funciones que ejerce cada integrante de la familia y después asignar las tareas de cada uno de ellos entre el resto. Dentro de esa lista deben aplicar

funciones como, por ejemplo: ¿qué hábitos usan para ir a dormir, es decir, (leer un cuento, rascarse el uno al otro o escuchar una canción de cuna) ?, por otro lado, poner en práctica el cepillado de los dientes antes de ir a la cama y como los padres los acuestan para dormir, siendo los encargados de apagar todas las luces; y por último si hacen una oración antes de ingerir los alimentos.

Al poner en práctica este ejercicio, permite que los otros miembros que están observando el rol ganen conciencia sobre las funciones que realiza cada integrante de la familia y creen vínculos más profundos, estableciendo una comunicación más seguida en casa; ya que, al definir roles visibles y sanos ayuda a determinar cómo es la jerarquía del entorno familiar, como son las relaciones de autoridad y el espacio frecuente que comparten, para lograr una convivencia agradable y con más afectividad.

Una vez realizada la actividad durante la sesión, los 20 minutos restantes se les deja unos compromisos aplicando la técnica economía de fichas para poner en práctica en casa, los cuales se distribuirán de la siguiente manera.

**Compromiso:** Implementar un calendario de actividades cotidianas que realicen en familia, en el que tendrán que incluir la participación de la niña o toma de decisiones para que se sienta a gusto al momento de compartir en familia y sentir el afecto que le están brindando. Este calendario se organiza por una semana en la que tendrán espacios en familia como, por ejemplo: planear una salida a cine y que la niña escoja la película, compartir espacios de almuerzo, a su vez, al saludar o despedirse hacerlo de forma afectiva; con el fin de crearle patrones de conductas simples que se manejan en el hogar, como la integración e intercambio de experiencias.

**Tabla 3.***Calendario de implementación de fichas sesión 3*

<b>Conducta</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Total</b>
Compartí espacios de almuerzo con mi familia						
Pude escoger y ver películas con mi hermano						
Me cepillo los dientes antes de ir a dormir						

**4.8.4 Sesión 4****Objetivo**

Fortalecer la red de apoyo familiar, estableciendo roles a cada integrante del entorno que permita la regulación del apego a nivel familiar, desde la técnica de modelado

**Descripción**

Al iniciar esta sesión, se toma los primeros 15 minutos, donde se retroalimenta los compromisos aplicados en la semana anterior, identificando como fue la actitud de cada uno de los miembros de la familia que participo, frente a las actividades planteadas en el calendario, si a través de ello notaron cambios al interior de la dinámica familiar, sus relaciones interpersonales y si se evidencio sensibilización sobre ello.

Partiendo de la información recopilada, se llevará a cabo el ejercicio propuesto para el encuentro, donde su tiempo determinado es de 60 minutos. Después de ello, en 10 minutos se

inicia con una grabación audiovisual titulado “*Patito Feo*”, el cual es sobre una familia que presenta situaciones de preferencias y aislamientos entre los miembros, ya que muestra la alegría al llegar un nuevo integrante de la familia pero que este se caracteriza por tener ciertas diferencias significativas a su personalidad u aspecto físico y por ende siente un rechazo; pero a la final se adapta al entorno donde aceptaron su condición y lo ayudaron a sentirse mejor, logrando mejorar sus debilidades.

Con lo anterior se busca observar si la menor identifica y adquiere comportamientos específicos o de interés a través de una experiencia directa, si no se genera la reacción espontánea, es decir que indique “soy como el patito feo” o “a veces me siento así”, se debe motivar a través de algunas preguntas, en caso de que la menor no evidencie de manera voluntaria sus emociones o un sentir frente a la historia; tales preguntas serían, “¿Alguna vez te has sentido como el patito feo?, ¿Te has sentido así en ciertos momentos?”, de igual manera, al ella responder, se realizan preguntas orientadoras acerca del vídeo, tales como “¿Qué te pareció el vídeo?”, “¿Hay algo que te llamara la atención de la grabación?”, “¿Te has identificado con alguna de las situaciones? ¿Cuál? ¿Por qué?”. Esto permite al terapeuta poder analizar que conductas para ella son familiares y cuales no reconoce.

Una vez identificadas las principales situaciones que genera en la menor un sentimiento de aislamiento o inseguridad, se expone desde la terapia de modelado de afrontamiento una serie de habilidades semejantes al observador y va demostrando sucesivamente aquellas que son indispensables para resolver la situación de una manera eficaz; esto se hace por medio del terapeuta, en el que elabora una actuación de cuál sería la forma de ciertos comportamientos. Es decir, se presenta paso a paso el modelado de cómo actuar en esas situaciones para que a menor

pueda abordar esas situaciones. Ejemplo: siento que mis padres tienen un favoritismo por mi hermano porque él es mayor (situación hipotética).

- A. Se aclara a la menor que con esta actividad se pretende fortalecer su relación con su familia, para que haya más unión y confianza entre ellos, donde cada uno pueda expresar cómo se siente.
- B. Se realiza una pequeña técnica de respiración a la menor para que esté tranquila y concentrada para la actividad.
- C. Se enfatiza a la paciente que muchas veces tenemos una imaginación muy grande que podemos interpretar situaciones que no son en realidad lo que está pasando, como, por ejemplo, que en realidad los papás no presentan favoritismo y quieren a ambos por igual.
- D. Se explica a la paciente que observe cómo haría para hablar con sus padres y se hace el modelado “mami, hay algunas veces que siento que prefieres a mi hermano, y no me gusta sentirme así porque me pone triste”, este ejemplo se lleva a cabo por el terapeuta, en la sesión.
- E. Se solicita a la menor que ahora lo ponga en práctica ella.
- F. Por último, se repite el ejercicio, felicitando a la menor por ejercicio recompensándola con una pequeña golosina que los padres hayan accedido con anterioridad a poder dársela.

Por otro lado, se toma los siguientes 30 minutos para incorporar al acompañante para indicarle una serie de compromisos a realizar durante la semana en familia.

**Compromiso:** Como complemento a la técnica de modelado se incorpora la técnica de video Feedback, los padres tomaran consciencia de cómo se siente Adriana y cuáles son los

obstáculos que le impiden crear ese vínculo familiar, ya que este procedimiento consiste en grabar una situación cotidiana entre los cuidadores y la niña, y básicamente examinar como puede estar afectando de forma negativa en su interacción, cuál podría ser el problema y ver que es lo que se debe cambiar. Es por ello, que los padres deben elaborar un espacio compartido, entre la niña y ellos, donde promueven la empatía y afectividad por ambas partes, enfatizando lo positivo de la relación padre/madre, hermano e hija.

Asimismo, crear patrones de modelamientos en vivo y positivos en el hogar, en presencia de la menor, para que ella ensaye, imite y ponga en práctica esas conductas meta para el buen desarrollo del apego familiar.

#### **4.8.5 Sesión 5**

##### **Objetivo**

Incrementar el desarrollo de las habilidades sociales específicamente las relaciones interpersonales en todos los sistemas, familiar social y educativa.

##### **Desarrollo de la sesión**

Al comenzar la sesión, se retroalimenta el compromiso dejado precedentemente para realizarlo en casa como el video-feedback y calendario de actividades durante los primeros 20 minutos, donde los integrantes de la familia indican que aspectos relevantes observaron, ¿cuáles fueron las conductas inapropiadas a corregir?, que fue lo más difícil realizar frente la técnica, ¿cómo se sintieron realizando el compromiso? y que comportamientos tuvo cambios.

Teniendo en cuenta lo anterior, se sigue con el encuentro, tomando como referente la terapia de juego cognitivo-conductual, en el que se planteó trabajar con la paciente habilidades sociales, durante 80 minutos la sesión; captando su atención e interés a través de un juego títeres



donde se le dé a conocer la importancia de relacionarse con sus mismos pares, que pueda reconocer la pertenencia a un grupo y la importancia de interactuar con su mismo entorno.

De esta forma la actividad con títeres genera el desarrollo de habilidades en la paciente, despierta la imaginación, el pensamiento, capta con mayor facilidad la información, también explora temas emocionales y sociales. Buscando captar la atención de la paciente.

La sesión se inicia con la presentación de los títeres, seguidamente se contará un cuento llamado; Hacer Amigos de Carmen S, Fausto G, Isabel O, Rubén Toro, el cual tiene una duración de 15 minutos aproximadamente, donde se le entregará a la paciente un títere y el otro, lo tendrá el profesional quien contará la historia de manera sencilla con el objetivo de darle a entender la importancia de relacionarse con los demás, especialmente con sus pares y familia.

Una vez terminado el cuento, se hizo una pequeña reflexión de 10 minutos donde se relacionó el cuento con la situación de la paciente, con el objetivo de identificar la importancia de relacionarse. Para concluir la primera parte de la sesión se realizará un diálogo dinámico de aproximadamente 20 minutos donde se realizarán preguntas sencillas mediante la utilización de los títeres:

¿Te gusto el cuento?

¿Como te parecieron las hermanas gemelas del cuento?

¿Tienes amigos?

¿Juegas con ellos?

¿A qué te gusta jugar?

¿Te gusta ir a la guardería?

¿Cómo te tratan tus compañeros?

La última parte de la sesión tiene una duración de 20 minutos donde se lleva a cabo una nueva fusión de títeres, con el cuento del lobo y caperucita roja ¿lo has escuchado antes? ¿sabes de que se trata? la historia es muy conocida, donde se visualiza los límites que se deben tener al momento de interactuar oras personas, la importancia de la obediencia y la prudencia, se relaciona al caso de la paciente con el objetivo de que reconozca la importancia de tener cuidado al momento de acercarse a los adultos desconocidos.

Te ha pasado lo de caperucita ¿te has ido con desconocidos?

¿Le obedeces a tus papás?

Como te pareció el lobo ¿no es seguro recibirles cosas, dulces, o juguetes a los extraños?

¿Es bueno confiar de una persona que no conozco?

¿Tu confías en los extraños?

Esta sesión tiene como finalidad enseñarle a la paciente a través del juego de títeres que las relaciones de amistad se dan de manera reciproca, nacen de la interacción de dos o más personas que crean un vínculo de empatía, se fortalece y perdura mediante los valores de la confianza, comunicación he intereses comunes. Por otro lado, se busca que a través de los cuentos la paciente logre identificar los límites que debe tener al momento de estar fuera de casa en presencia con extraños, identificando cual es la relación que debe llevar con personas desconocidas que no tienen ningún tipo de relación, afectiva y conexión con ella.

#### 4.8.6 Sesión 6

##### **Objetivo:**

Incorporar el desarrollo de habilidades sociales en la paciente desde el sistema educativo, brindando orientación a sus docentes e implementando compromisos por medio de la técnica economía de fichas.

##### **Desarrollo de la sesión:**

Esta sesión se invita al docente del jardín donde asiste la paciente, en el que se determina una duración de 40 minutos para la terapia. Se inicia indicándole a la tutora de Adriana que el objetivo principal del encuentro es fomentar o fortalecer las habilidades sociales de la menor y de qué manera se llevará a cabo la sesión; esto tomará un tiempo de 15 minutos.

A su vez, se le explica un poco sobre el trastorno de la paciente y como se va a intervenir desde el área educativa, requiriendo principalmente del apoyo de los docentes de la escuela, para realizar la actividad planteada, la cual consiste en la economía de fichas. Esto abarca los 25 minutos restantes y se pide a la paciente con su cuidador que se integre para la explicación del ejercicio.

La planificación de la técnica debe ser orientado de la siguiente forma:

- Deben seleccionar una conducta para que la niña la establezca como hábito, o corregir la que más presenta en el entorno, en este caso, que aprenda esperar su turno para participar en las actividades que establezcan. Además, como recomendación se le indica a la docente que ejecute actividades donde la menor pueda ejercer liderazgo, generando espacios de compartir

entre los compañeros, incluyéndola en trabajos de grupo y que tengan en cuenta su participación.






- Se debe elegir las fichas que se le dará como reforzador inmediato, y que seguidamente se cambiaran por el premio. Por ejemplo, emoticones pegantes.
- Se diseña un papel para pegar los emoticones y poder llevar un control de la consecución de la conducta a conseguir.
- Se debe establecer un premio para el final de la semana. Ejemplo: solicitarles a los padres que le brinden un helado por su buen comportamiento
- Establecer cuantas fichas debe conseguir la paciente durante la semana para poderlas cambiar por el premio, es decir, con 3 fichas logra ganarse un helado el fin de semana.

Estas son unas de las conductas objetivo para la paciente:

**Tabla 4.**

*Calendario de implementación de fichas refuerzo/castigo*

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
Espero mi turno para participar en la actividad en clase						
Realizo las actividades de liderazgo						
No interrumpo las actividades						
Me integré en los trabajos de grupo, e hice mi participación						

Respeto el espacio de juego de mis compañeros	
Trato bien a los niños de mi edad	
No gritar cuando me molesto	
Agradecer cuando recibo algo de los demás pares	
Pedir el favor cuando solicite algo a los demás	

Nota. La tabla 3 muestra la dinámica de la técnica con relación a los comportamientos deseados en la paciente.

Después de poner en práctica la técnica, los profesores deben ser orientadores de las conductas que realice la menor, calificando e informando inmediatamente sus comportamientos frente al ejercicio, con el fin de identificar si logró cumplir con los objetivos planteados y poder obtener sus recompensas.

### **Sesión 7**

Esta última fase de la terapia se completa todas las sesiones. Los objetivos iniciales de la terapia se revisan con la familia, las metas que se lograron y se recuerda a la familia los nuevos cambios que han surgido, enfatizando la necesidad de continuar con estos nuevos patrones. Al mismo tiempo, se advierte a la familia que dichos cambios ocurrirán cuando todos los miembros hagan un esfuerzo concertado para que esto suceda. Se recuerda a los miembros de la familia que es fácil volver a caer en los viejos patrones de funcionamiento que habían producido el equilibrio inestable que requería la consulta. Duración del encuentro es de 60 minutos

#### **4.9 Conclusiones de la intervención terapéutica**

El proceso de intervención que se plantea busca mitigar las conductas peligrosas en una paciente de 4 años diagnosticada con trastorno social desinhibida, quien fue abandonada por sus padres biológicos y presenta como principal sintomatología acercamiento excesivo con personas desconocidas y dificultad para relacionarse con sus pares. Así pues, para lograr los objetivos propuestos se toma como referente el enfoque cognitivo conductual, en base a pruebas de Q-Sort de Sensibilidad Materna y la Entrevista del Trastorno de Apego aplicadas, como también técnicas de juego, modelamiento, video FeedBack y economía de fichas.

Durante el proceso se intervino diferentes áreas del desarrollo de la paciente, entre ellas: la familiar, social y educativa, por lo que cada una de las sesiones propuestas se llevaron a cabo actividades específicas que buscan el fortalecimiento de habilidades interpersonales, la regulación apego en el sistema familiar y relaciones afectivas.

## 5. Conclusiones

En este trabajo se abordó una propuesta de intervención para el trastorno de relación social desinhibida sobre un contexto natural y dentro de los parámetros científicos, en el que se llevó a cabo habilidades sociales y red de apoyo familiar; sin embargo, se identifica el contexto del caso específico, con sus factores incidentes, su descripción en la sintomatología, los signos, las características y criterios según el DSM 5 del trastorno.

Se analiza la composición familiar, donde la paciente manifiesta una tendencia a presentar conductas de búsqueda de apego, así como conductas constantes que en momentos importante a una vinculación no electiva. Es decir, la paciente es capaz de persistir asociación o vinculo de apego con cualquier persona sea desconocida o conocida. Se logra presenciar sus áreas funcionales que en las cuales todo individuo tiene en funcionamiento. Por consiguiente, se efectuó la intervención desde la terapia cognitivo conductual, dando referencia desde según Leiva M, (2021) de su aporte argumentativo que a los niños o niñas diagnosticados con este trastorno anteriormente mencionado se establece en la teoría del apego. Por medio de técnicas de juego, modelamiento y economía de fichas, bajo la concepción del modelo cognitivo-conductual, logrando conseguir un objetivo específico.

Cabe aclarar que antes del diseño de intervención, también se realizó el proceso de evaluación, intentando optar por los mejores instrumentos, seleccionando dos pruebas, la Q-Sort de Sensibilidad Materna y la Entrevista del Trastorno de Apego, este proceso es de vital importancia para el correcto diagnóstico y así, poder implementar el mejor tratamiento posible para el paciente. Aunque todo este proceso fue hipotético permite realizar un acercamiento de cómo se abordaría este tipo de casos en la vida profesional, permitiendo a los psicólogos en formación adquirir aptitudes y habilidades necesarias en el campo laboral.

## 6. Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Álvarez-Segura, M., & Saludas, F. L. (2022). Vías de desarrollo del apego desorganizado: maltrato y cuidados tempranos alterados. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 29-40.
- Aguilo, A. Solano, M. (2022) Trastorno de relación social desinhibida, qué es y cómo actuar [WEB] Recuperado de: <https://www.hacerfamilia.com/psicologia/trastorno-relacion-social-desinhibida-actuar-20190224161054.html>
- Bustamante Brito, C. A., Ortiz Venegas, M. J., & Spencer Contreras, R. E. (2017). Relación entre contexto de cuidado, sensibilidad parental del cuidador, calidad del apego infantil y presencia del trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida en niños de 12 a 24 meses en las Regiones Metropolitana, Maule y Bio, Chile (Doctoral dissertation, Universidad de Talca (Chile). Facultad de Psicología).
- Bárrig-Jó, P., Nóbrega, M., & Ugarte, A. (2020). Evidencias de Validez Convergente y de Criterio del Maternal Behavior Q-Sort (MBQS) 3.1 en Madres Peruanas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(56), 117-128.
- Cortez, R. (2020). Técnicas Conductuales: Economía de Fichas. [PAG WEB]. Recuperado de: <https://www.psiquion.com/blog/tecnicas-conductuales-economia-fichas#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20econom%C3%ADa%20de,no%20son%20deseables%20y%20positivas>.



Camacho, R. (2019, mayo 20). Las 5 áreas clave del desarrollo personal (+2 del profesional).

Empoderamiento humano; Rubén Camacho. <https://empoderamientohumano.com/areas-clave-del-desarrollo-personal/>

Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11(42), 251-270. Recuperado en 17 de octubre de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&tlng=es).

Expertos en Educación, E. (2015). Similitudes y diferencias entre los síntomas de TDAH y síndrome de Asperger. *VIU*. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/similitudes-y-diferencias-entre-los-sintomas-de-tdah-y-sindrome-de>

Floriano, C. S., Giles, F., Orjales, I., & Toro, R. (s/f). Hacer amigos. Editorialcepe.es.

Recuperado el 7 de noviembre de 2022, de <https://www.editorialcepe.es/wp-content/uploads/2011/04/9788478698158.pdf>

Ginsburg, K.R., et. al. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1): pp. 182 - 191.

Gómez, O. (2021). El trastorno del apego reactivo, en qué consiste. Artículo. [PAG WEB].

Recuperado de: <https://www.psicoadactiva.com/blog/el-trastorno-del-apego-reactivo/>

Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014).

Disturbances in attachment: inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 1-7.

Kaplan & Sadock. (2011). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Ed. Wolters Kluwer.

Philadelphia. [LIBRO]. Recuperado de: [https://cdn.website-editor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/Kaplan\\_sadock\\_manual\\_de\\_bolsillo\\_de\\_psiq.pdf](https://cdn.website-editor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/Kaplan_sadock_manual_de_bolsillo_de_psiq.pdf)

- Londoño c. (2019) Según Jean Piaget, estas son las 4 etapas del desarrollo cognitivo. <https://eligeeducar.cl/acerca-del-aprendizaje/segun-jean-piaget-estas-son-las-4-etapas-del-desarrollo-cognitivo/>
- Leiva M. (2021) Trastorno del apego desinhibido, causas y tratamiento. [WEB] Recuperado de: <https://www.psicoactiva.com/blog/trastorno-del-apego-desinhibido/>
- Linares, A. (2021, febrero 17). 10 ÁREAS PERSONALES de la vida y cómo desarrollarlas. [psicologia-online.com. https://www.psicologia-online.com/areas-personales-de-la-vida-y-como-desarrollarlas-5499.html](https://www.psicologia-online.com/areas-personales-de-la-vida-y-como-desarrollarlas-5499.html)
- Mimenza, OC (2018, 20 de diciembre). *Salud mental: definición y características según la psicología*. [Psicologiaymente.com. https://psicologiaymente.com/psicologia/salud-mental](https://psicologiaymente.com/psicologia/salud-mental)
- Morera Vargas, Ileana. (2020). Uso de las técnicas de modelaje y refuerzo positivo para la regulación de la aproximación física indiscriminada en una niña de 5 años ubicada en un programa de acogimiento familiar: estudio de caso único. *Revista ABRA*, 40(60), 90-111. <https://dx.doi.org/10.15359/abra.40-60.4>
- MASFERRER, J. (2019). ¿Qué es el Trastorno de relación social desinhibida? *Gabinet Psicòlogic Mataró*. <https://gabinetpsicologicmataro.com/que-es-el-trastorno-de-relacion-social-desinhibida/#:~:text=Se%20considera%20que%20la%20causa>
- Pérez, F. (2022) El trastorno de relación social desinhibida. [PDF]. Recuperado de. <https://lamenteesmaravillosa.com/el-trastorno-de-relacion-social-desinhibida/>
- Puchol, D. (2018). El modelado: definición, factores clave y ámbitos de aplicación en psicoterapia. [PAG WEB]. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/el-modelado-definicion-factores-clave-y-ambitos-de-aplicacion-en-psicoterapia-1214.html>

Percy, G. (2001). Caperucita Roja. Oceano. Recuperado de:

<http://www.cuentoscortos.com/cuentos-clasicos/caperucita-roja>

Pederson, D., Moran, G., & Bento, S. (1999) "Maternal Behaviour Q-sort" Psychology

Publications. Paper 1. <http://ir.lib.uwo.ca/psychologypub/1>

Palacian Pérez, P. (2022). Trastorno de relación social desinhibida en un adolescente institucionalizado: estudio de caso único.

Perrault, C. (2012). Caperucita Roja. Parramón Paidotribo.

Quintana, E. (S.f.) trastorno de relación social desinhibida [WEB] Recuperado de:

<https://eqdpsicologos.com/infantil/trastornos-relacionados-con-traumas-y-factores-de-estres/trastorno-de-relacion-social-desinhibida/>

Román, M., Palacios, J. & Minnis, H. (2021, 17 agosto). *Changes in Attachment Disorder symptoms in children internationally adopted and in residential care*. ScienceDirect.

Recuperado 4 de octubre de 2022, de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521342100377X?via%3Dihub>

Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J.A., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A.M.,

Martínez Rivera, M.T., & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de

prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en

Rubio, B. (2016). *TRASTORNO DE RELACION SOCIAL DESINHIBIDA (TRSD) y TDAH*.

Obtenido de: [\(PDF\) TRASTORNO DE RELACION SOCIAL DESINHIBIDA \(TRSD\) y](#)

[TDAH \(researchgate.net\)](#)

Roldan, J. (2019) Tratamiento para el trastorno de relación social desinhibida en niños. [WEB]

Recuperado de: <https://www.bekiapadres.com/articulos/tratamiento-trastorno-relacion-social-desinhibida-ninos/>

Rojas, Z. (s.f). *El examen psiquiátrico del paciente*. Costa Rica. [PDF]. Recuperado de:

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf>

Salvador, I. R. (2018, marzo 5). Trastorno de relación social desinhibida: ¿qué es?

Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/trastorno-relacion-social-desinhibida>

Steven Hawthorne. (2021). “*Trastorno de relación social desinhibida*”. DSM-5 Cuadernillo.

Estados Unidos. [LIBRO]. Recuperado de: <https://www.amazon.com/-/es/Steven-Hawthorne->

[ebook/dp/B0998182TD?asin=B0998182TD&revisionId=f37de7c1&format=1&depth=1](https://www.amazon.com/-/es/Steven-Hawthorne-ebook/dp/B0998182TD?asin=B0998182TD&revisionId=f37de7c1&format=1&depth=1)

Seim, A. R., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., & Kaye, N. S. (2019). Validity of reactive attachment

disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence. *European Child &*

*Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1465–1476. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01456-9>

Salinas-Quiroz, F. (2015). La importancia de la sensibilidad del cuidado en la educación inicial11.

*La identidad de la educación inicial*, 189.

Seim, A., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., Lydersen, S. & Kaye, N. (2020, 13 noviembre). *Reactive*

*attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence: co-*

*occurring psychopathology and psychosocial problems*. National Library of Medicine.

Recuperado 4 de octubre de 2022, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8816327/>

Seim, A., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., Lydersen, S. & Kaye, N. (2021, 2 junio). *Self-esteem*

*in adolescents with reactive attachment disorder or disinhibited social engagement*

*disorder*. ScienceDirect. Recuperado 4 de octubre de 2022, de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213421002143?via%3Dihub>

Salinas-Quiroz, F., & Posada, G. (2015). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1051-1063. doi:10.11600/1692715x.13235280514

Salud mental. (2002). *Salud Mental y Comportamiento* [WEB]. Recuperado de:

<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>

Tello, C., López, J., Pérez, A. (2011). Video Feedback – Intervention Therapy. [PDF].

Recuperado de:

<https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/2011CarminTELLO%20videofeedbackCongreso%20PsiquiatriaVirtual.pdf>

## 7. Anexos

### Figura 5.

#### *Consentimiento Informado*

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con, \_\_\_\_\_, actuando en calidad de representante legal y/o acudiente del niño/niña/adolescente \_\_\_\_\_ identificado con, \_\_\_\_\_, Padre de familia manifiesto que:

1. He recibido del Psicólogo toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.

2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, **ACUERDO Y COMPROMETO** con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será solo él quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información,

3. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento **PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE**, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

4. Igualmente, he sido informado de: - Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita. Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica. - Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, expresamente **AUTORIZO y COMPROMETO**, con el Psicólogo/a \_\_\_\_\_ para realizar la citada intervención profesional, y **OTORGO** mi expreso **CONSENTIMIENTO** para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los estudios para su tratamiento conforme a los fines especificados.

\_\_\_\_\_  
Firma

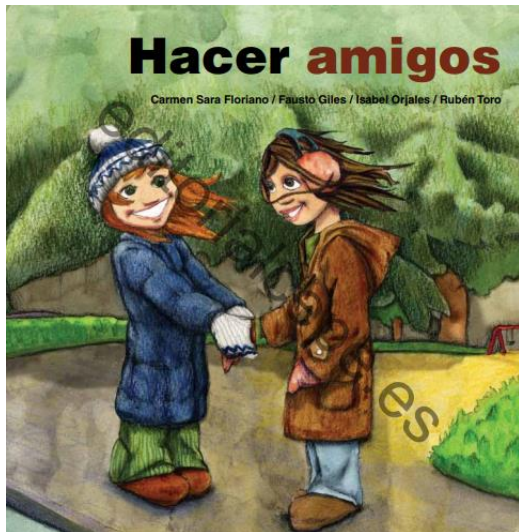
Nombre Completo:

CC.

Nota. La figura 5 describe el consentimiento informado para la intervención del caso

**Figura 6.**

*Cuento Hacer amigos, Carmen S, Fausto G, Isabel O, Rubén Toro*

**Figura 7.**

*Cuento Caperucita Roja, del autor Charles Perrault*

