



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 24/07/2017. Aceptado: 15/10/2018

CASO CLÍNICO: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

CLINICAL CASE: SEPARATION ANXIETY DISORDER

Sug Ying Yang de la Cruz

Psicología Clínica y Medicina Conductual; UAB, España.

Correspondencia: Sugyingy@gmail.com

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;7:20-27.



RESUMEN

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y angustia, según los criterios del DSM-V, ambos manifestándose en patrones de conductas específicos. El trastorno de ansiedad por separación se manifiesta cuando el individuo presenta ansiedad excesiva al separarse de los padres o fuentes de apego. Se presenta el caso clínico de una paciente de 11 años. Se utiliza la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence* (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS), entrevista diagnóstica y análisis funcional como instrumentos. Luego, se emplea un plan terapéutico adaptado al programa cognitivo conductual FEAR, que a su vez utiliza técnicas de *Coping Cat*. La paciente mostró disminución de conductas evitativas y buen manejo de la ansiedad. Es imprescindible, para la obtención de resultados, partir y avanzar según las características y necesidades del paciente.

Palabras clave: Trastornos de ansiedad, trastorno de ansiedad por separación, técnicas conductuales, niños.

ABSTRACT

Anxiety disorders are characterized by an overwhelming fear, according to criteria published in the DSMV, and anguish, both manifested in specific behavioral patterns. Separation anxiety disorder is described as extreme anxiety that the individual experiences when he's separated from his/her parents or the source of emotional attachment. The clinical case presents an 11-year-old child. *The Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS), a semi-structured interview and a functional analysis, were used as instruments of diagnosis. Then, a therapeutic plan based on the cognitive behavioral program FEAR, which implements techniques from *Coping Cat*. The patient showed diminished avoidance behavior and coped better with anxiety. It is important to gradually progress according to the patient's characteristics and necessities.

Key words: Anxiety disorders, separation anxiety disorder, behavioral techniques, children.

INTRODUCCIÓN

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) se caracteriza por un exceso de miedo y ansiedad, con repercusiones conductuales, durante un mínimo de cuatro semanas en niños. Se estima una prevalencia en torno a 4%, predominio en el sexo femenino, siendo la edad media de los individuos diagnosticados con este trastorno de 9 años.

Dentro del trastorno predominan pensamientos catastróficos como son: miedo a perder las figuras de apego por enfermedad, muerte o desastres naturales; miedo a ser secuestrado, tener un accidente o enfermarse; miedo a salir y alejarse del hogar para ir al colegio o trabajo; y negativa a dormir sin estar acompañado. Aunque la prevalencia demuestra que esta sintomatología suele disminuir con el paso de la edad, si es cierto que las conductas relacionadas con el trastorno pueden perdurar hasta la adultez (Pacheco &

Ventura, 2009).

Estos síntomas demuestran ser una combinación de componentes cognitivos y conductuales, por lo que se considera importante intervenir utilizando tratamientos en los que se aborde la reestructuración cognitiva, exposición, prevención de conductas evitativas y manejo de la ansiedad.

Se utilizó la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), conocida por su efectividad como tratamiento psicoterapéutico y que, hasta el momento, ha mostrado ser clínica y estadísticamente superior en trastornos de ansiedad. Igualmente, según investigaciones, la combinación de la TCC con intervención familiar resulta aún más eficaz, que ambas por sí sola. Las intervenciones conductuales dentro de la TCC pretenden modificar las conductas desadaptativas transformando precursores y consecuencias de la conducta y poniendo en práctica lo aprendido; y las intervenciones cognitivas pretenden modificar los pensamientos desadaptativos, auto



conceptos y creencias (Otte, 2011). Cabe destacar que no existen diferencias significativas entre un tratamiento médico y un tratamiento conductual (Bados, 2005).

De igual forma, se utilizó la respiración muscular progresiva de Jacobson para el manejo de la ansiedad. Esta relajación se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductual y cognitivo. Además, le permite al individuo desarrollar habilidades potenciales para enfrentar las fuentes de ansiedad y focalizar la atención. Es denominada unas de las técnicas más comunes en control y manejo de la ansiedad, y por ende permite una autorregulación adaptativa (Correché & Mabel, 2003).

Respecto al tratamiento del TAS existe una tendencia a utilizar programas terapéuticos combinados. Según Fernández, Calero y Santacreu (2004) la combinación de la terapia cognitivo conductual y la relajación progresiva de Jacobson es superior a cada una por separado. Se obtiene un mantenimiento de resultados a largo plazo. Bragados (1994), recomienda juntamente con técnicas de relajación, las frases positivas, programas de refuerzo positivo y control cognitivo con el objetivo de que los niños puedan evocar imágenes causantes de ansiedad y enfrentarlas con la técnica de relajación.

El trastorno de ansiedad por separación en niños sería de considerable interés por varias razones. Este es el único trastorno propio de la infancia; es decir, para poder realizar un diagnóstico, es necesario haber experimentado, durante la niñez, ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego (Orgilés, Méndez, Rosa & Inglés, 2003). Asimismo, la prevalencia apunta a un bajo reconocimiento y tratamiento, por lo que se recomienda centrar la atención hacia los casos infantiles versus un diagnóstico en la adultez (Shear, Jin, Meron, Walters y Kessler R, 2007).

A continuación, se presenta la intervención psicoterapéutica e individualizada en un caso de TAS, utilizando un análisis para ilustrar la hipótesis del problema. Se utilizaron técnicas propias de la terapia cognitivo conductual y relajación muscular progresiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente es hija única, de 11 años, cursando 4º primaria. Padres casados desde hace 15 años.

ANTECEDENTES PERSONALES PERINATALES, POSTNATALES Y CURSO EVOLUTIVO

Embarazo complicado con diagnóstico de diabetes gestacional y un parto prematuro a las 35 semanas. Peso al nacer de 3.950 kg. Lactancia mixta desde el primer mes de vida. Desarrollo neonatal sin complicaciones referidas o conocidas. En cuanto a la motricidad refieren desarrollo normal. En lo referente al lenguaje, muestra estar dentro de un desarrollo evolutivo normal. Control de esfínteres a los 2 años de edad tanto diurno, como nocturno, anal y vesical. Acude a la escuela infantil con buena adaptación. No se refieren problemas de comportamiento en el ámbito escolar o familiar.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

Apoyo psicológico en el 2014. Diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de la madre de 20 años de evolución.

El motivo de consulta fue debido a la evitación de conductas y pensamientos catastróficos relacionados con sus fuentes de apego y con ella misma. Acude con la madre, cuidadora principal, para evaluación diagnóstico-terapéutica. Se observó una dinámica familiar con cuadro ansioso. La madre refiere que las conductas de evitación por parte de la niña se iniciaron hace dos años en un periodo de alta ansiedad por baja laboral. Desde entonces la paciente visita al psicólogo y utiliza las técnicas de relajación como tratamiento.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (FIG. 1)

Como resultado de la evaluación realizada se encuentran dos antecedentes situacionales importantes: La muerte de la abuela paterna y un incidente por obstrucción con alimentos. Tal y como menciona Bragados (1994), una de las etiologías asociada al TAS se debe a experiencias traumáticas. Si un niño ha experimentado una o más situaciones como las que se han descrito, en las que se incrementan las reacciones de ansiedad, se facilita un condicionamiento a otras situaciones relacionadas con una separación.

En primer lugar, la paciente comenta que debido a la muerte de su abuela empezó a sentir miedo a morir o a que le sucediera algo, (RC), y es por esto por lo que recurre a las conductas evitativas (RCO), para de esta manera, cesar la ansiedad (CI). En segundo lugar, se ilustra el antecedente situacional de la obstrucción con alimentos. Como consecuencia, evitaba ingerir alimentos sólidos.

Las otras respuestas cognitivas, sin antecedentes situacionales aparentes: preocupación excesiva por el bienestar de su perro y preocupación por obtener buenas notas en la

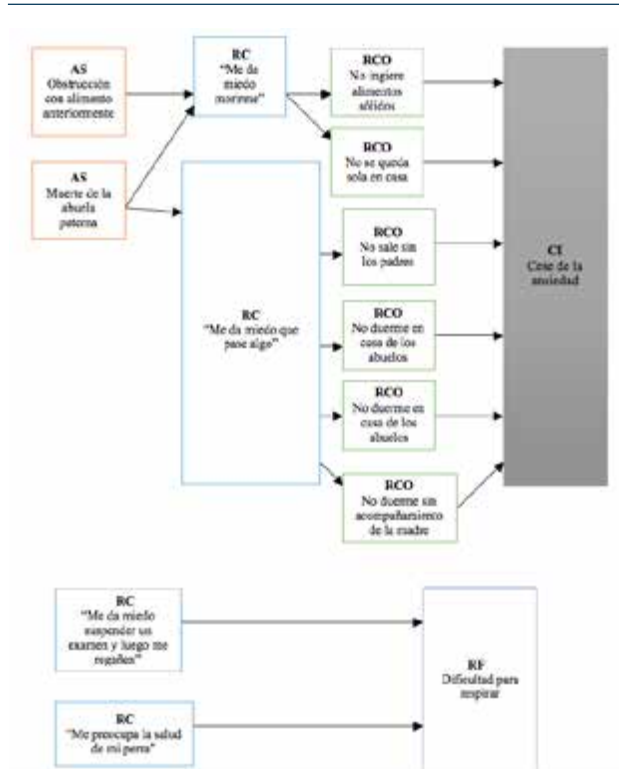
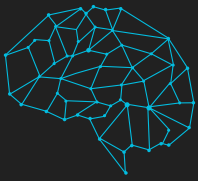


Figura 1. Hipótesis del problema. Nota: AS: Antecedente situacional. RC: Respuesta Cognitiva. RCO: Respuesta Conductual. RF: Respuesta Fisiológica. CI: Consecuencia Inmediata.

escuela muestran una respuesta a nivel fisiológico, como es la sensación de ahogo.

MÉTODO

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA CON EL PACIENTE Y CON LA MADRE

Para evaluar el problema inicial y obtener una descripción de las conductas problemas se utilizó la entrevista semi-estructurada. Se requirió dos sesiones, en las que se obtuvo información acerca del problema y el nivel de interferencia en su vida cotidiana y los antecedentes médicos y psicológicos de la paciente y de su familia extensa.

INSTRUMENTOS

Para la evaluación del nivel de ansiedad de la paciente se

utilizó la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence* (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS). Está compuesta por 45 ítems, utilizando una escala Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3); estos están agrupado en 6 factores correlacionados: ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, miedos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada; englobados en un factor de orden superior de ansiedad en general. Se suma la puntuación directa de cada ítem para lograr la calificación. A mayor puntaje, mayor ansiedad. Para lograr la validez en el idioma español, se utilizó el procedimiento de traducción-retraducción (Hernández et al., 2010).

Se utilizó un análisis funcional en la evaluación inicial para identificar los antecedentes, conductas y consecuencias relacionadas con el trastorno.

ORIENTACION DIAGNÓSTICA

De acuerdo con la globalidad de los resultados de la exploración psicopatológica, clínica y psicométrica, se objetiva la persistencia de una preocupación excesiva y recurrente concernientes a la separación de las figuras de apego. Dichos resultados permiten establecer un posible diagnóstico, según criterios del DSM-5, de presunción compatible con: F93.0 Trastorno de ansiedad por separación.

Existe un diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada ya que en el trastorno de ansiedad por separación prevalece la preocupación por separación de fuentes de apego, y si otras preocupaciones se presentan, no predominan el cuadro clínico. En niños, el trastorno de ansiedad por separación es altamente comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y otras fobias específicas (American Psychiatric Association, 2013).

TRATAMIENTO (TABLA I)

Alrededor de un 60% de los niños diagnosticados con trastornos de ansiedad y tratados con terapia cognitivo conductual muestran mejoría significativa o reducción de síntomas (Kodal et al., 2018). Una intervención utilizando técnicas cognitivo conductuales proporcionan resultados superiores al tratamiento farmacológico, con mayor beneficio a largo plazo y sin efectos secundarios (Capafons, 2001).

Existen diversos programas para alcanzar los objetivos terapéuticos del TAS. Este caso clínico está basado en una

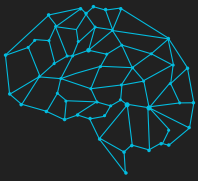


Tabla I. Objetivos y sus técnicas correspondientes

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Refuerzo positivo	Entrenar a los padres a reforzar selectivamente conductas de afrontamiento.
Entrenamiento en estrategias cognitivas	Identificar y evaluar pensamientos y practicar alternos.
Exposición	Técnica de exposición graduada en vivo. Jerarquía de situaciones ansiógenas.
Estrategia para afrontar la ansiedad	Relajación progresiva de Jacobson.

Tabla II. Resultados obtenidos en la SCAS

FACTORES	PUNTUACIÓN DIRECTA
Ataques de pánico y agorafobia	3
Trastorno de ansiedad por separación	14
Fobia Social	4
Miedos	3
Trastorno obsesivo compulsivo	9
Trastorno de ansiedad generalizada	12
Puntuación Total	76

adaptación del programa FEAR, el cual utiliza la terapia cognitivo conductual y técnicas del manual Coping Cat, propuesta originaria del autor Kendall (Hernández, Rentero & Güerre, 2015).

El psicólogo juega un papel más activo puesto que el paciente no tiene suficiente edad para decidir. Se inicia con la psicoeducación del trastorno, sus criterios clínicos, comórbidos y se enfatiza la importancia de la colaboración de los padres.

Se les enseñará a los padres cómo utilizar el refuerzo positivo, social y material, para mantener conductas de afrontamiento (Bados, 2005). Se logra incrementar la frecuencia de la conducta deseada, aunque es de dificultad alta dado que dentro del TAS existe una baja frecuencia de conductas a reforzar (Hernández, Rentero & Güerre, 2015).

Para pensamientos causantes de ansiedad se utiliza la reestructuración cognitiva. Esta se enfoca en identificar los pensamientos automáticos desadaptativos y reformularlos de forma que se elimine o disminuya la perturbación emocional o conductual. El terapeuta no es encargado de validar los pensamientos, sino de cuestionar para que el mismo paciente evalúe su veracidad. (Bados & García, 2010).

De igual forma, se trabajan pensamientos como imágenes relacionadas con el trastorno. (Echebarúa, 1996). Para que el paciente se autoexponga regularmente en un contexto habitual se utilizará la jerarquía de situaciones ansiógenas y la técnica de exposición. La técnica de exposición se utiliza para asistir a los pacientes a confrontar su miedo. En este caso, se utiliza la desensibilización sistemática donde se

enfrenta a la fuente de miedo o ansiedad gradualmente, ya que los autores no recomiendan la exposición en vivo porque puede ser muy intensa (Barlow, Esler y Vitali, 1998). Para esto, es necesario crear una lista de miedos y ordenarlos de menor a mayor potencial ansiógeno. Luego el paciente va exponiendo de forma gradual los miedos nombrados (American Psychology Association, 2017). Según Caballo (2007), variables tales como el control y la seguridad del ambiente, la predictibilidad y el procesamiento emocional son las responsables del cambio a realizar.

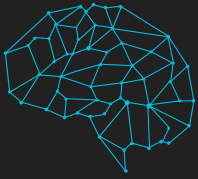
Finalmente, para reducir la intensidad de la ansiedad ante estímulos estresantes se utiliza la técnica progresiva de Jacobson. Se recomienda utilizar sesiones más cortas en niños con instrucciones básicas (Echebarúa, 1996). Se debe entrenar al paciente para que aprenda a utilizar las habilidades de relajación al aparecer las respuestas de ansiedad, con fin de controlar tanto su duración como su intensidad (Suinn, 1994).

RESULTADOS (TABLA II)

Los resultados obtenidos por la evaluada objetivan una puntuación significativamente alta en trastorno de ansiedad por separación (PD=14) y en trastorno de ansiedad generalizada (PD=9). Una puntuación alta denota criterios o síntomas relacionado al trastorno. La puntuación total obtenida, 56%, supone un nivel de ansiedad por encima de la media.

El tratamiento tuvo una duración de 10 sesiones, cada dos semanas, por un transcurso de 3 meses y una duración de 45 minutos cada sesión.

En la primera y segunda sesión se realizó una entrevista



exhausta donde se obtuvo información acerca del motivo de consulta, grado de interferencia, antecedentes médicos, descripción de conducta problema y la administración de cuestionario.

En la tercera sesión, la consulta estaba centrada en los padres de la paciente. Se les mostró el análisis de conducta problema, se les informó sobre el trastorno de ansiedad por separación, la importancia de seguir las pautas y premiar los pequeños avances de la paciente. De igual forma, se les pidió no reforzar conductas que en su momento alivian la ansiedad de la paciente, ya que pueden prolongarla.

Durante la cuarta sesión se pidió escribir sus pensamientos automáticos en un papel. Tras escribirlos, se le pedía reformular la oración eliminando absolutismos como siempre, nunca, y todo con el fin de reemplazarlos por otras palabras intermedias como algunas veces. Se dio importancia al ritual que actualmente realiza. De tarea se pautó tratar de ignorar, aunque sea una sola vez, la compulsión de repetir el número 5 cinco veces. Asimismo, se toma un espacio para iniciar la relajación de Jacobson para ayudarla a disminuir los niveles de tensión.

En la quinta sesión, la paciente refiere que la primera vez que sintió la necesidad de realizar el ritual no pudo resistirse, pero la siguiente vez realizó la respiración diafragmática e ignoró la compulsión y se dio cuenta de que no pasaba nada. Luego, en la sesión, realizó una lista de situaciones que le causaban angustia. Esta escribió "quedarme sola en casa," "dormir fuera de casa," "dormirme sola," "tener pesadillas cuando duermo," "entrar en el pasillo estando oscuro" e "ir sola por la calle." Luego, se pide que la organice de menor a mayor potencial ansiógeno y se empieza a trabajar la exposición con la primera situación en la lista. De tarea se pautó quedarse en casa por 15 minutos mientras la madre pasea al perro; si le era más fácil podía escuchar música mientras esperaba. Para complementar las exposiciones se recomienda que la paciente asista a un grupo de habilidades sociales sin el acompañamiento de los padres. Aunque, Fernández, Elvira y Santacreu (2014) refieren que se ha comprobado que no todos los pacientes se benefician de intervención adicional en grupos de habilidades (Newman, 2011).

En la sexta sesión, tanto la madre como la paciente comentan que se ha realizado exitosamente la tarea asignada. Luego se procedió a la siguiente situación en la lista, la cual era salir de casa. Se preguntó que como esto la hacía sentir y respondió que "no le gustaba porque pensaba que algo

malo le podría pasar." Se utilizó reestructuración cognitiva para poder modificar este pensamiento. La paciente concluyó que tomando las medidas indicadas su casa era un lugar seguro. De tarea se le pidió a la paciente que saliera de su casa a buscar el pan y en caso de no sentirse capaz debía (de) quedarse en el supermercado durante dos minutos. Cabe destacar que el supermercado está ubicado frente a su residencia.

En la séptima sesión, la paciente comenta que hubo un día que no pudo realizar la tarea pendiente porque tenía muchos deberes del colegio, pero la madre lo niega y lo atribuye al nivel de ansiedad y no a los deberes. La paciente luego explica que no se siente preparada para salir sola de la casa, por lo que se modifica la tarea y se le permite salir con la perra por lo menos dos minutos al día. Se practica la relajación de Jacobson.

Para la octava sesión, se revisa la tarea modificada la cual ha sido realizada exitosamente. Luego, se pide a los padres abstenerse de leerle un cuento por lo menos una noche de la semana ya que tiene que ir a dormir sola, con la perra. La paciente se muestra de acuerdo con el plan. Se espera la próxima sesión para ver la evolución del caso. Ésta refiere que se siente más feliz y capaz de vencer sus miedos. Se practica la relajación de Jacobson.

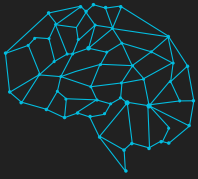
Para la novena sesión, la paciente comenta que ha realizado lo pautado y que sus padres la han premiado. Verbaliza que se siente preparada para aumentar la frecuencia de dormir sin sus padres y sin la perra. Se agrega de tarea visitar la casa de los abuelos acompañada por sus padres y continuar lo pautado. Se practica la relajación de Jacobson.

En la décima sesión se repasan las exposiciones anteriores. La paciente comenta que se siente feliz de poder controlar su miedo. Es capaz de quedarse sola en casa sin utilizar audífonos, sale sola a lugares cerca de casa y puede dormir sin la ayuda de sus padres. Ésta verbaliza que realiza la respiración diafragmática en momentos de mucha ansiedad. Verbaliza que se siente muy cómoda dentro del grupo de habilidades sociales.

En la undécima y duodécima sesión la paciente no acude a consulta.

CONCLUSIÓN

Según los resultados alcanzados se considera que el tratamiento, en mayor medida, fue exitoso. La paciente no



acude a consulta las últimas visitas pautadas, por lo que no se da por finalizado el tratamiento y por ende no se obtiene un seguimiento. Se cumplieron los objetivos pautados para la disminución de la ansiedad generada, al separarse de sus padres la paciente. Además, fue capaz de eliminar la mayor parte de las conductas evitativas.

La elección en el instrumento utilizado y la descripción de la conducta problema fueron imprescindibles para elaborar un plan terapéutico. La SCAS permitió detectar sintomatología que aludía a un trastorno de ansiedad por separación. La descripción de conducta mostró un análisis de antecedentes, respuestas cognitivas, respuestas conductuales, respuestas fisiológicas y como estas conductas evitativas cesaban la ansiedad, prologando los síntomas.

Se resaltan las técnicas utilizadas para la intervención. La reestructuración cognitiva permitió que la paciente afrontara una de las situaciones que le causaba mayor ansiedad: quedarse sola en casa, reestructurando y planteando la idea de que su casa era un lugar seguro. Por otro lado, la técnica de exposición y la lista de jerarquía permitió realizar las intervenciones de manera gradual. Debido a esta técnica se pudo ir eliminando progresivamente la causa de ansiedad y lograr que la paciente se expusiera ante dicha situación.

Es imprescindible adaptar el tratamiento a cada paciente. Es por esto, por lo que fue necesario modificar algunas de las exposiciones ya que la paciente no se consideraba capaz de realizarlo. Finalmente, se resalta la importancia de la relajación de Jacobson dado que dio lugar a mayor eficiencia dentro de la intervención. Esta relajación además de disminuir los niveles de ansiedad también permitió eliminar rituales o compulsiones.

Por otro lado, la falta de asistencia de la paciente tuvo repercusiones en la finalización del tratamiento y la fase de seguimiento. Es cierto que la última sesión la paciente refirió sentirse mejor y capaz de controlar la ansiedad.

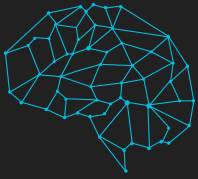
Finalmente, se recomienda continuar las investigaciones sobre el trastorno de ansiedad por separación en niños y de esta forma poder obtener mejores tratamientos psicológicos. De igual forma, se recomienda aplicar sesiones de seguimiento para evaluar el proceso.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. American Psychology Association. (2017). What is Exposure Therapy? Division 12. <https://www.div12.org/sites/default/files/WhatsExposureTherapy.pdf>
3. Bados, A., & García, E. (2005). La Técnica de Reestructuración Cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
4. Bragado, C. (1994). Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de Ansiedad. Fundación Universidad Empresa, 131-136.
5. Caballo, V.E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
6. Capafons, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
7. Correché, M. & Mabel, L. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en Humanidades*. 4, 129-147.
8. Echeburúa, E.(1996). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid. Ediciones Pirámide.
9. Fernández, Calero & Santacreu. (2014). Un caso de ansiedad generalizada o un problema de asertividad: el análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/caso_ansiedad_asertividad.pdf
10. Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. & Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>.
11. Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L., Bjaastad, J., Haugland, B., Havik, O., Heiervang, E. & Wergeland, G. (2018) Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 58-67. ISSN 0887-6185. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.003>.
12. Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*. 19(2), 193-204.



Caso Clínico: Trastorno de Ansiedad por Separación

Psicosom. psiquiatr. 2018;7:20-27.

Sug Ying Yang de la Cruz

13. Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 13(4), 413-421.
14. Pacheco, B. & Ventura, T. (2009). Trastorno de Ansiedad por Separación. *Revista Chilena de Pediatría* v.80 n.2. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200002>
15. Shear K, Jin R, Meron Ruscio A, Walters E, Kessler R. (2007) Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*;163:1074–1083.
16. Suinn, R. M. (1994). Entrenamiento en manejo de ansiedad: una terapia de conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?>
17. Wehry, Anna & Beesdo-Baum, Katja & M. Hennelly, Meghann & D. Connolly, Sucheta & Strawn, Jeffrey. (2015). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 17. 10.1007/s11920-015-0591-z.
18. Barlow, D.H., Esler, J.K.L, y Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.

