

**Intervención psicológica en trastorno de ansiedad por  
separación en una mujer adulta: un estudio de caso.**



Emilia Mellinas Mellinas

Universidad Miguel Hernández de Elche

Tutora: Virtudes Pérez Jover

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Máster en Psicología General Sanitaria

Elche

2016

**Intervención psicológica en trastorno de ansiedad por separación en una mujer adulta: un estudio de caso.**

Emilia Mellinas Mellinas

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

**Resumen.** Presentamos un estudio de caso clínico en una mujer de 24 años que acude a nuestra clínica por molestias estomacales en su día a día y nerviosismo en situaciones que se separa de su madre, aliviándose su sintomatología en el reencuentro con ésta. Los principales objetivos terapéuticos son potenciar de habilidades de afrontamiento al alejarse de casa y de su madre junto con suscitar mayor independencia hacia su figura de apego. La evaluación ha incluido: SCID-I, STAI, ISRA, SCL-90-R, MCMI-III y autorregistros. Se aplicó la terapia cognitiva-conductual entrenando en estrategias tales como reestructuración cognitiva, respiración y relajación, autoinstrucciones, solución de problemas y exposición en vivo. La intervención se desarrolló durante 21 sesiones de tratamiento y dos de seguimiento a los tres meses. Se evaluaron los resultados en el pre-tratamiento, post-tratamiento y al finalizar el seguimiento, revelando cómo se redujeron considerablemente los síntomas ansiosos, y cómo retomó e inició actividades que requerían de su independencia y autonomía.

**Palabras clave.** Caso único, trastorno ansiedad por separación, adultez, evaluación, tratamiento.

**Psychological evaluation in separation anxiety disorder in an adult: a case study.**

Emilia Mellinas Mellinas

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

**Abstract.** We present a clinical profile of a 24-years-old woman who comes to our clinic because of stomach pain in her daily life and nervousness in situations where she distances from her mother, relieving her symptomatology when she reengages with her mother. The main therapeutic objectives are to strengthen her abilities of confrontation when she is away from home and from her mother, together with arousing more independence towards her figure of attachment. The evaluation has included: SCID-I, STAI, ISRA, SCL-90-R, MCMI-III, and personal records. The cognitive-behavioral therapy was applied using strategies like cognitive restructuring, respiration and relaxation, the training on self-instructions, problem solving and live expositions. The intervention was carried out during 21 sessions of treatment and two of monitoring in three months' time. Results were assessed in the pre-treatment, post-treatment and ending the tracking, revealing how her anxious feelings were reduced considerably, and how she began activities that required independence and autonomy.

**Keywords.** Unique case, separation anxiety disorder, adulthood, evaluation, treatment.

### Introducción

La ansiedad por separación (AS) es una respuesta emocional en la cual el infante presenta angustia al separarse físicamente de quién está vinculado. Se trata de un miedo adaptativo propio del desarrollo infantil y supone un mecanismo de protección ante los peligros del entorno si su intensidad es moderada (Campbell, 1986, citado por Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003). Se presenta en el 50-75% de los niños hacia los 2 años y en el 20-40% a los 3 años (Bagrado, 1994, citado por Bados, 2015).

Sin embargo, si la ansiedad experimentada es desmedida, puede desencadenar en una manifestación psicopatológica, el trastorno de ansiedad por separación (TAS).

La American Psychiatric Association reconoce en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR (1994) el *trastorno de ansiedad por separación* como el único delimitado de la infancia y adolescencia, pues su iniciación debe suceder antes de los 18 años de edad y lo puntualiza como “ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego”.

La edad media de los niños que padecen este trastorno es aproximadamente a los 9 años (Echeburúa, 1993, citado por Orgilés, et al., 2003), pero también se puede presentar antes o después. Diferentes estudios epidemiológicos revisados por Masi, Mucci y Millepiedi (2001, citado por Bados, 2015), indican una prevalencia vital del 4% al 5%. A su vez, una proporción de adultos informan de un comienzo del TAS entre los 18 y 25 años (Bögels, Knappe y Clark, 2013).

Existen evidencias que sostienen que el trastorno puede persistir en una forma adulta sugiriendo que el TAS es anterior a la aparición de otros trastornos de ansiedad, siendo éste el trastorno primario y principal (Manicavasagar, Silove y Curtis, 1997; Pini, et al., 2005; Lipsitz, et al., 1994 citado por Santorelli, 2010). La última hipótesis

alternativa es que una forma de ansiedad de separación en adultos pueda tener su primera aparición en la edad adulta (Shear, Jin, Ruscio y Kessler, 2006).

Algunos de los síntomas que aparecen en adultos, además de molestias físicas predominantes en niños cuando ocurre o se anticipa la separación, son síntomas cognitivos, emocionales y las figuras de apego suelen ser más las parejas o los hijos que los padres (Manicavasagar et al., 1997).

Shear et al. (2006), realizaron, entre 2001 y 2003, una encuesta nacional de salud mental con 5692 adultos, para evaluar retrospectivamente los síntomas del trastorno de ansiedad por separación, tanto en la infancia de éstos como en la edad adulta. Los resultados estimaron que mientras el trastorno de ansiedad por separación en la infancia (TASI), fue de 4,1%, la apreciación global para trastorno de ansiedad por separación en la adultez (TASA) fue de 6,6%. El 36,1% de las personas con TASI presentaban un TASA en la adultez. Sin embargo, el 77,5% de los adultos con TASA tuvo su primera aparición del trastorno en la edad adulta.

Los datos sugieren una mayor prevalencia de TASA en contra a la creencia general de que es específicamente un trastorno de la infancia según criterios diagnósticos del DSM-IV.TR. Así también, en el estudio de Shear et al. (2006), se indicó que las edades de inicio de TASA comienzan en la adolescencia o principios de los 20 años y que el 80% de todos los primeros inicios del trastorno se produce a los 30 años. De igual modo, el 50,3% de los sujetos clasificados con TASA, en el año anterior al estudio recibieron durante un año tratamiento por problemas emocionales, mientras que solo el 28,5% recibió tratamiento psicológico por TASA como intervención central y única.

Los resultados revelaron que las mujeres sufren más TASA que los hombres, aunque éstos son más propensos a desencadenar la patología por primera vez en la adultez. Se estimó que el TASA se encontraba significativamente relacionado a un bajo

nivel educativo, desempleo y ruptura matrimonial. Una de las limitaciones de este estudio pionero llevado a cabo fue la influencia distorsionada de sesgos de memoria retrospectiva con respecto a la presencia o ausencia del trastorno en la niñez, así como que los diagnósticos del trastorno se basaran en entrevistas clínicas estructuradas en los criterios de DSM-IV-TR, pero no validadas. Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, los resultados revelan que el TASA es un trastorno común en EEUU y nos ofrece información importante y novedosa acerca de la correlación del TASI y TASA.

En un estudio clínico posterior (Pini et al., 2010 citado por Santorelli, 2010) de 508 sujetos, el 42,4% de los pacientes ambulatorios con trastornos del estado de ánimo también reunían los criterios de TASA. El 20,70% tuvo comienzo en su infancia, y el 21,7% siendo adulto. Sin embargo, no encontraron diferencias en el estado civil, el empleo o educación entre los pacientes ambulatorios con y sin TASA. Se identificó, además, que había tantos pacientes con TASA por primera vez sin haber padecido previamente TASI, como TASI que habían desarrollado posteriormente TASA. Así también, indicaron que el deterioro laboral, académico, familiar y de relaciones interpersonales era mayor en los pacientes con TASA que en los pacientes sin TASI o TASA.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial de TASA (*véase Tabla 1*) con respecto a otros trastornos con los que comparte ciertas similitudes, debemos apreciar algunas características distintivas. El TASA presenta un conjunto limitado de preocupaciones con respecto a la proximidad y la seguridad de la figura de apego mientras que, en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la persona presenta preocupación acerca de variedad de eventos y situaciones (salud, dinero, muerte, problemas familiares, trabajo). En el trastorno de pánico con agorafobia (TPA), el miedo es hacia un posible ataque de pánico, no hacia la separación con la figura de apego. Por otro lado, la

dependencia en el trastorno de personalidad dependiente (TPD) se manifiesta como una tendencia generalizada de depender de otros para por ejemplo la toma de decisiones. En contraste, comparte con el trastorno límite de personalidad (TLP) rasgos dependientes como el miedo al abandono, pero éste reacciona con respuestas de ira y rabia.

Tabla 1  
*Aspectos distintivos del TASA y otros trastornos mentales*

Aspectos comportamentales relativos a la separación	Trastorno de ansiedad por separación en la edad adulta (TASA)	Trastorno de pánico con agorafobia (TPA)	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Trastorno de personalidad dependiente (TPD)	Trastorno límite de la personalidad (TLP)	Ansiedad de separación (AS)
Ansiedad de separación en la infancia	Si/No	Si	Si	No	No	Etapa normal del desarrollo.
Temor a tener un ataque de pánico.	No	Si	No	No	No	
Dificultad a estar lejos de la figura de apego.	Si	No	No	Si	No	
Conducta agorafóbica.	No	Si	No	No	No	
Dificultad aceptar el final de una relación.	Si	No	No	No	Si	
Miedo excesivo a que le ocurra algo negativo a la persona de apego.	Si	No	Si	No	No	

El presente trabajo nace con el objetivo de exponer un caso de TAS presentado en la edad adulta, apoyando el nuevo criterio modificado recogido en el DSM-V-TR (2013), ya que, muy recientemente, ha sido incluido como un trastorno independiente, reconocido y de posible diagnóstico en mayores de 18 años. El criterio de la edad que se había mantenido hasta ahora y se ha modificado con el DSM-V-TR no estaba siendo compatible con la literatura. La ausencia de investigaciones y estudios sobre información, diagnóstico, evaluación, tratamiento y la exclusión en el DSM-IV-TR y anteriores versiones sugiere que se ha pasado por alto en gran medida este trastorno durante mucho tiempo. Además, existen evidencias de que TASA es un factor de riesgo de múltiples trastornos de ansiedad y de que en un porcentaje del 68% erróneamente no había sido el

objetivo central de tratamiento. Por lo que, el interés específico que tiene este estudio de caso es describir la sintomatología, diagnóstico, análisis funcional, evaluación de la paciente en el momento de iniciar tratamiento cognitivo-conductual por trastorno de ansiedad por separación en la adultez, seis meses después de empezar con la intervención.

Los objetivos terapéuticos de nuestra intervención son dotar a la paciente de mayor autonomía e independencia hacia la figura de apego potenciando habilidades de afrontamiento de situaciones ansiógenas, reduciendo la ansiedad al alejarse de casa y de su madre y disminuir sus conductas evitativas.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Se trata de Ana (nombre ficticio), mujer de 24 años de edad, soltera, estudiante de 2º año de Ciencias Ambientales en la Universidad Miguel Hernández de Elche. Durante la terapia, los padres inician un proceso de separación, por lo que en la actualidad la paciente vive junto a su madre y su hermano de 12 años. Su madre tiene 49 años y se dedica al sector hostelero, mientras que su padre de 51 años de edad trabaja de camionero. La familia se encuentra en una situación económica relativamente desahogada. La paciente refiere que el ambiente familiar siempre se ha caracterizado por ser conflictivo, señala estar habituada desde pequeña a las discusiones familiares. En cuanto a apoyo social, Ana cuenta con amistades significativas de su clase en la universidad.

En septiembre de 2015 acude a nuestro centro, siendo la primera vez que visita a un profesional de la salud mental. Ni anterior ni actualmente se encuentra en tratamiento psicofarmacológico por su problemática. Asiste a consulta tras una llamada entrante al centro de su madre solicitando cita urgente para Ana. La primera sesión viene acompañada por ella, exponiendo que su hija no es capaz de ir a la universidad por “su nerviosismo al sufrir colon irritable”. La madre de Ana durante la primera sesión refiere



que su marido siempre ha sido muy controlador de su hija, estricto, poco flexible, limitándola con rigidez desde pequeña a realizar salidas con amigas o compañeras de clase. Es Ana quien afirma tal argumento, exponiendo en consulta que hasta los 18 años no la dejaban sola en casa ni realizaba ninguna actividad extraescolar. Como resultado, no se separaba de su madre, siempre estaban juntas y lo hacía todo con ella. En un momento de la entrevista, Ana revela que desde que ella tenía 8 años, su madre ha presentado problemas de alcoholismo, estando en tratamiento en varios programas de desintoxicación, agravándose su adicción en este último año. Además, la madre fue intervenida de un tumor por cáncer de útero cuando ella tenía 22 años. Desde estos dos acontecimientos ha permanecido más junto a ella.

En referencia a la sintomatología que la trae a solicitar ayuda psicológica, refiere casi a diario molestias estomacales y náuseas por la mañana, cuando ha de coger el autobús para ir a la universidad. Esta molestia se viene presentando desde hace aproximadamente un año, coincidiendo con el inicio de la universidad. Con frecuencia, ha llegado a tener episodios de diarrea al llegar a clase. Menciona experimentar durante la mañana palpitaciones, miedo e inseguridad que cesan y desaparecen justo en el momento que llega a casa tras finalizar la clase o cuando decide abandonarla antes de tiempo.

Desde hace un año presenta preocupaciones sobre que algo malo le suceda a su madre y miedo a alejarse mucho de casa; “tengo que estar en casa, le puede pasar algo” y “necesito a mi madre”. En una ocasión la paciente señala “si me alejo no voy a saber llegar” y “estaba más segura siendo niña”.

A Ana se le comunica que las sesiones serán totalmente confidenciales. Los datos personales y todo lo que se comunique en terapia y durante las sesiones referentes a su tratamiento y problemática, formará parte del secreto profesional.

### **Estrategias de evaluación**

Se utilizaron diversos procedimientos para la obtención de información con el objetivo de analizar y conocer los factores desencadenantes, predisponentes, mantenedores del mismo y la evolución del problema hasta la actualidad.

La evaluación inicial del problema consistió en *una entrevista semiestructurada* para recabar la información necesaria y establecer el análisis funcional. Requirió tres sesiones, en las que se evaluó su problema de ansiedad, incluyendo las preocupaciones principales sobre la separación y la salud de su madre. Se evaluó en qué medida la ansiedad interfería en su día a día y si estaba afectando al área académica, familiar, de ocio y relaciones sociales. Se administró un modelo de *historia biográfica* utilizado en el Centro Mindic Psicología y Salud, para obtener una valoración más exacta sobre las conductas problema.

Para clarificar el diagnóstico diferencial, se hizo uso de *la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)* (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999) instrumento empleado en la clínica para establecer diagnósticos de los trastornos clínicos (Eje I) y de los trastornos de personalidad (Eje II) del DSM-IV.

A su vez, se diseñaron *auto-registros* específicos a lo largo del proceso con el fin de evaluar los pensamientos automáticos que acompañaban a sus emociones negativas más intensas y se trató de conocer qué pensamientos existían detrás de esas preocupaciones y qué hacía para afrontarlas. La plantilla refleja situación, pensamientos, emoción y la conducta que realizaba y así poder recoger igualmente la frecuencia de episodios de ansiedad y malestar.

Para tener una medida pre y post-tratamiento y medir la evolución y la eficacia del tratamiento se administraron los siguientes instrumentos de evaluación:

Con intención de conocer su nivel de ansiedad se administró el *STAI - Inventario de ansiedad rasgo-estado* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el cual distingue entre ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado) y como rasgo latente (ansiedad/rasgo) divididos en 20 ítems para cada subescala. Las puntuaciones pueden variar desde 0 hasta 60 puntos en una escala tipo likert que va de 0 a 3 puntos para A-E (nada-mucho) y A-R (casi nunca-casi siempre). Una vez obtenidas las puntuaciones directas se trasladan a la tabla de baremos, de la que se obtiene el nivel de ansiedad. Con esta autoevaluación procuramos indagar sobre cómo la ansiedad puede afectar a la paciente por la conducta ansiosa que le genera mantenerse lejos de su figura de apego.

En continuación a la evaluación de la sintomatología ansiosa, empleamos el *ISRA, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (Miguel-Tobal y Cano, 1988). Sus 224 ítems evalúan el sistema cognitivo, fisiológico, conductual-motor, así como cuatro áreas situacionales; ansiedad en situaciones de evaluación, ante situaciones sociales o interpersonales, en situaciones fóbicas, y en situaciones de la vida cotidiana. Utiliza una escala de tipo Likert donde 0 es casi nunca y 4 casi siempre, para evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas ansiosas ante diversas situaciones. Para proceder a la corrección, se suman las puntuaciones por cada ítem de cada escala y se convierten en centiles utilizando las tablas de baremos. El cuestionario delimita cuatro niveles de ansiedad: del centil 0-25 ansiedad mínima, 25-75 ansiedad moderada, 75-99 ansiedad severa, y más de centil 99 ansiedad extrema.

Del mismo modo, fue administrado el cuestionario *SCL-90-R* (Derogatis, 1973) valorando la sintomatología reciente. Consta de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar recogidos en 90 ítems. Se valora la intensidad de cada síntoma en una escala tipo Likert que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad del síntoma (4). El valor de cada dimensión sintomática se

obtiene dividiendo la suma total por el número total de ítems que la componen. Para su corrección, si dos o más dimensiones superan el centil 80 se pasará a utilizar el baremo de población psiquiátrica. Por último, a la hora de la interpretación, la puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que el sujeto es superior en el aspecto evaluado.

En cuanto a la evaluación de la personalidad, se hizo uso del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III* (Millon, Davis y Grossman, 2009). Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero-Falso. Los distintos aspectos de la personalidad patológica se presentan en 26 escalas: cuatro escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad correspondiendo al Eje II del DSM-V; tres escalas de personalidad patológica; seis síndromes clínicos de gravedad moderada; y tres síndromes clínicos de gravedad severa perteneciendo al Eje I del DSM-V. Las puntuaciones directas se convierten en puntuaciones de prevalencia (PREV) utilizando las tablas obtenidas con la muestra de población española. En cuanto a las escalas pertenecientes al Eje II, una PREV 75 puede indicar rasgos de personalidad clínicamente significativos, mientras que, elevaciones de PREV 85 pueden mostrar un trastorno de personalidad. Para el Eje I, puntuaciones PREV de 75 indica la presencia de un síndrome y una PREV de 85 o más indica prominencia.

### **Formulación clínica del caso**

Las variables disposicionales socio-ambientales que han acompañado a la paciente desde su infancia y adolescencia interfiriendo en su historia de aprendizaje y experiencias, por un lado, sería el hecho de crecer y convivir con su madre alcohólica (apego ansioso-ambivalente) y su padre (estilo educativo autoritario) influyendo

indirectamente sobre las variables disposicionales psicológicas; rasgos de personalidad que caracterizan a la paciente (evitativa, dependiente y ansiosa).

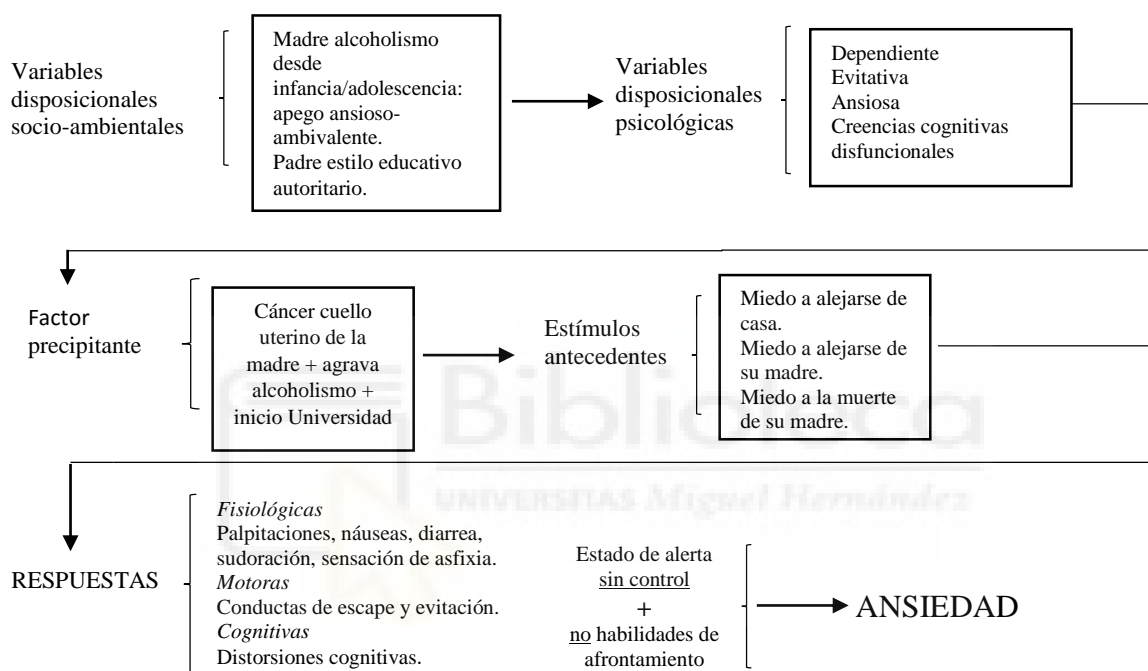
Cuarón (1988), citado por Maldonado, (2008) señalaba que los conflictos entre los padres y la conducta problemática de la madre alcohólica, quien suele alternar su rol pasivo y dependiente, causa un fuerte sentimiento de inseguridad y ansiedad en el hijo. Esta observación puede justificar el rol de cuidadora que adopta Ana desde su niñez hacia su figura materna. El alcoholismo en uno de los padres ha sido también asociado con la confusión de rol, inversión de roles y distorsión en la jerarquía familiar (Chase, Demming y Wells, 1998; Goglia, Jurkovic, Buró y Burge-Callaway, 1992; Sheridan y Green, 1993 citado por Maldonado, 2008).

El análisis de los datos anteriormente expuestos pone de manifiesto que el hecho de que Ana pasara la mayor parte del tiempo en casa con su madre desde la infancia hasta los 18 años, a la vez que crecía bajo un apego ansioso-ambivalente explicado por el alcoholismo, asociado además a un exceso de protección y control por parte paterna, sugieren como posibles variables implicadas en la dependencia hacia su figura materna, y por consiguiente como desencadenante de trastorno de ansiedad por separación en la adultez. Se ha observado que el estilo de apego ansioso-ambivalente, en adultos, se asocia a la presencia de trastornos de ansiedad (Dozier, Stovall y Albus, 1999, citado por Guzmán, Pía y Garrido, 2011).

La problemática y la sintomatología ansiosa actual surge con 22 años, cuando establece una dependencia aún más pronunciada hacia su madre; preocupación excesiva por su salud, miedo a alejarse tras el diagnóstico de cáncer de cuello uterino y la agravación del consumo de alcohol. El momento de salud delicado de su madre, coincide además con el inicio del curso universitario. Se producen cambios en el aspecto familiar

y personal de la paciente, ya que es una etapa donde se marca el inicio de un proceso de independencia por primera vez en su vida.

Con los datos recogidos en la entrevista individual semiestructurada, el cuestionario biográfico y los instrumentos de evaluación empleados, se elaboró el modelo explicativo de las conductas problema del caso, que de forma esquemática presentamos en la *Figura 1*.



*Figura 1.* Hipótesis funcional del caso.

La hipótesis del mantenimiento (véase *Figura 2*) expone cómo la paciente antes de salir de casa anticipa e imagina que algo grave le puede suceder a su madre, que se puede encontrar mal sin estar ella presente, o bien que no va a saber llegar a casa si se aleja mucho y ello le impida llegar a tiempo a estar de vuelta con su madre. Presenta como diálogo interno “*tengo que estar en casa por si pasa algo*” (Estímulo Condicionado, EC) y se desencadenan molestias físicas tales como problemas estomacales, taquicardia, sudoración, angustia... (Respuesta Condicionada, RC). En este punto presta más atención a sus síntomas físicos (EC) y experimenta mayor malestar (RC). Las ocasiones en las que

tenía que ausentarse de casa, para intentar reducir la ansiedad y aliviar sus síntomas, realizaba una serie de comprobaciones como llamarla por teléfono varias veces a lo largo del día o escribirle mensajes para saber de ella. Ana lleva a cabo la evitación o las conductas de escape: ha sido incapaz de dormir fuera de casa, irse de acampada o realizar viajes (Respuesta Operante, RO). O bien no sale de casa y permanece con su madre o logra salir, pero procura regresar rápidamente impidiendo la continuación y realización de sus obligaciones (permanecer en clase por ej.) o actividades de ocio. Las consecuencias (C) de este patrón conductual a corto plazo (CP) es que se siente más aliviada (Refuerzo negativo, R-), a medio plazo (MP) se siente triste porque es consciente de que se encuentra limitada en su día a día y a largo plazo (LP) siente que depende de su madre en todo momento, vergüenza, baja percepción de autoeficacia y pérdida de autonomía.

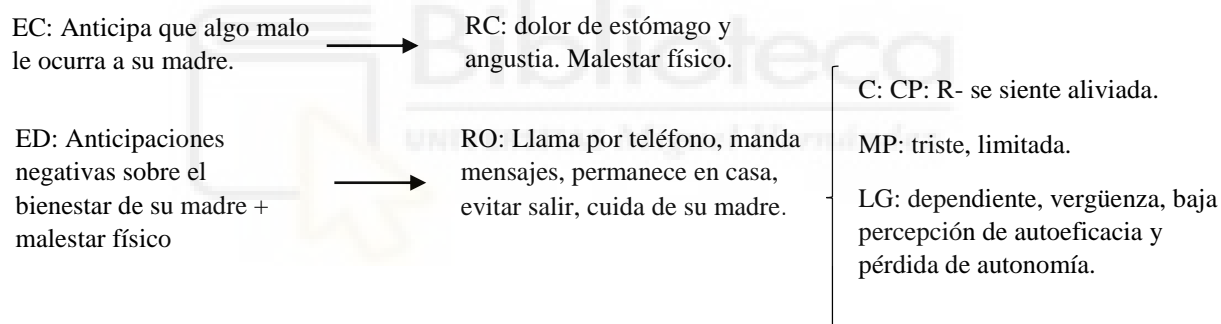


Figura 2. *Hipótesis de mantenimiento*. ED: Estimulo discriminativo.

Se presentan a continuación las *conductas problema* que presentaba la paciente en el momento de acudir a consulta:

- Estilo de afrontamiento evitativo.
- Ansiedad cuando se aleja de casa o de su madre.
- Miedo y preocupación a que su madre pueda morir o sucederle algo grave.
- Limitación en la realización de actividades de ocio.
- Diarrea cuando llega a la universidad.
- Miedo a perderse y no saber cómo volver a casa.

### Tratamiento

El tratamiento abarcó seis meses siendo el número total de sesiones de 21 de una hora de duración, a excepción de la primera entrevista, que tuvo una duración de una hora y media (*véase Tabla 2*). La totalidad de las sesiones siguió un abordaje individual y en paralelo, asistió a cinco talleres grupales como refuerzo de las habilidades tratadas en terapia. Las sesiones se realizaron con una periodicidad semanal, siendo las cuatro últimas de una regularidad quincenal. Se intervino siguiendo un enfoque cognitivo-conductual a lo largo de todo el tratamiento terapéutico por su eficacia en la reducción de síntomas y menor tasa de recaídas en problemas de ansiedad (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; American Psychological Association, 2015).

Tabla 2  
*Plan de tratamiento.*

<i>Estrategia de intervención</i>	<i>Sesiones</i>
- Entrevista motivacional.	1-3
- Psicoeducación.	3-4
- Reestructuración cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación de actividades.</li> </ul>	5-7
- Técnicas de autocontrol: autorreforzamiento y autoobservación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración diafragmática.</li> <li>• Relajación progresiva de Jacobson.</li> <li>• Solución de problemas.</li> </ul>	8-10
- Jerarquía de situaciones ansiógenas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoinstrucciones.</li> </ul>	11
- Exposición en vivo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>	12-19
- Prevención de recaídas.	20-21

En la *primera sesión*, la paciente acude forzosamente a consulta por su madre, con la creencia y convicción de que su problema es “colon irritable”. Se considera preciso trabajar la ambivalencia inicial hacia la separación paulatina. Para ello, a lo largo de las tres primeras sesiones se creó un clima de confianza originando una postura empática y colaborativa por parte de la terapeuta. Se utilizaron preguntas abiertas, escucha activa, se desarrollaron discrepancias de su problemática y se evocaron las razones para el cambio.



Así mismo, se establecieron los objetivos terapéuticos en conjunto según sus conductas problema y se elaboró la hipótesis explicativa y análisis funcional del caso gracias a los autorregistros, el cuestionario biográfico y los cuestionarios encomendados en las dos primeras sesiones.

Una vez comprobada su motivación para acudir a la terapia, en la *tercera y cuarta sesión*, se realizó psicoeducación sobre qué es la ansiedad, los modos de manifestarse, su respuesta de lucha/huida, en qué consiste el TASA, cómo se había originado el problema según su análisis funcional, cómo se estaba manteniendo y la relevancia de su autofocalización como agravante en la sintomatología física.

Tras la comprensión del TASA, se intervino (*sesiones cinco, seis y siete*) haciendo uso de la reestructuración cognitiva (Mahoney, 1978 citado por Sánchez, Olivares y Alcázar, 1999) mostrando la relación entre pensamiento-emoción-conducta para aprender a identificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más adaptativos. Se facilitó un listado de las principales distorsiones cognitivas y con la ayuda de autorregistros se clasificaron los errores de pensamiento más usuales de la paciente; anticipación negativa, pensamiento polarizado, generalización excesiva y razonamiento emocional. A la vez que se realizó el trabajo cognitivo, se propuso la programación de actividades enfocadas a la autonomía y autoeficacia, como, por ejemplo; acudir a consulta sola, ir de compras sola, quedarse sola en casa mientras su madre acude al médico o ir al cine con amigas.

En las *sesiones ocho y nueve* se dotó de habilidades de afrontamiento para el manejo de la ansiedad y disminuir el nivel general de activación. Para ello, se entrenó en respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson (Jacobson, 1939 citado por Payne, 2009). Para que automatizase el aprendizaje se pidió a la paciente que practicara dos veces al día durante diez minutos. En paralelo, instruimos en técnicas de

autocontrol: autorreforzamiento y autoobservación para los logros que iba consiguiendo y ganar sensación de control. Como efecto indirecto se pretende potenciar la autoestima ya que, al ser tan dependiente, subestima sus propias habilidades.

En la *sesión diez* entrenamos en la técnica de solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971 citado por Sánchez et al., 1999). Se expuso la relación entre sus respuestas ansiosas y su estilo cognitivo instaurado en la preocupación y no en la toma de decisiones y solución de problemas.

La construcción de la jerarquía de las situaciones ansiógenas se desarrolló en la *sesión once*. El número de ítems fue de 11 medidos en una escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) sin diferencia mayor de 15 USAs entre un ítem y el sucesivo (*véase Tabla 3*). Por último, entrenamos en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1969, citado por Sánchez et al., 1999) para modificar el lenguaje interno disfuncional y originar alternativos como apoyo para hacer uso de ellos en los momentos previos, durante y posteriores a la exposición en vivo.

Tabla 3

*Jerarquía de situaciones ansiógenas elaboradas en consulta.*

Ítem	USA
1. Salir casa sin tomarme una tila o infusión.	15
2. Tener molestias estomacales en el autobús de camino a la universidad y no bajar.	30
3. Hacer excursiones o salidas dentro de Elche.	40
4. Salir de fiesta por la noche fuera de Elche.	50
5. No llamar a mi madre por teléfono cuando estoy fuera de casa o separada de ella.	60
6. Dormir fuera de casa en Elche.	65
7. Salir de casa sintiendo que no me encuentro bien del todo y puedo ponerme peor estando fuera.	70
8. Viajar a otra ciudad o pueblo varios días.	80
9. Quedarme sola en un lugar extraño.	90
10. Que mi madre ingrese en el hospital.	95
11. Pensar en la muerte de mi madre.	100

El trabajo en exposición en vivo ocupó *ocho sesiones*, donde comprobó que la ansiedad se reducía al alejarse progresivamente de su madre a la vez que empleaba las estrategias aprendidas con anterioridad y volvíamos a aplicar reestructuración cognitiva.

Como tarea a cada exposición se informó que registrara ítem, duración, intensidad de ansiedad experimentada antes, durante y después (0-100) cada diez minutos, estrategia de afrontamiento utilizada y pensamientos antes, durante, después.

Las *dos últimas sesiones* se destinaron a la *prevención de recaídas*. Se hizo una revisión de las técnicas trabajadas en terapia, la evolución clínica y se le animó a forjar metas para su futuro como retomar el estudio del carnet de conducir.

La paciente además asistió a *cuatro talleres grupales* de respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson y a *un taller grupal* de psicoeducación de perfil evitativo de personalidad para entender que evitar afrontar ciertas situaciones reforzaban su ansiedad.

Una vez finalizada la intervención se acordaron dos entrevistas a los tres meses como *seguimiento* con el fin de fortalecer los cambios, mantener progresos y prevenir futuros problemas. Durante las dos sesiones, se completaron los cuestionarios de evaluación y trabajamos la técnica en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971 citado por Sánchez et al., 1999) enfocada a su examen práctico del carnet de conducir.

### **Factores relacionados con la terapeuta**

Las sesiones fueron conducidas por la psicóloga clínica especializada en adultos del centro MINDic Psicología y salud, y por la autora del presente estudio, como coterapeuta.

Se creó un marco de confianza mutuo en la relación terapeuta-paciente evitando la actitud paternalista y potenciando la responsabilidad en su propio tratamiento. La toma de decisiones y el establecimiento de objetivos terapéuticos se realizó de manera conjunta. Se facilitó la disponibilidad y flexibilidad en el horario y cobro de citas, así como la confidencialidad durante todo el tratamiento psicológico.

Además de proporcionar información de manera detallada, se fomentó la autoeficacia de manera continuada y se previno las posibles recaídas. Se ofreció retroalimentación para corregir errores y altibajos de la paciente y se reforzaron los esfuerzos y logros. En la misma línea, se revisaron periódicamente los progresos para recordarlos haciendo uso de gráficos originados a raíz de las exposiciones, que mostrara las mejoras conseguidas. Se reforzó verbalmente a la paciente por asistir a cada sesión ya que la paciente acudió al 90% de las citas, avisando previamente vía telefónica en el caso de anulación. Mostró una actitud positiva para alcanzar los objetivos de manera gradual y completó la prescripción de las tareas la mayoría de las veces.

### **Diseño del estudio**

Para evaluar la eficacia de nuestro estudio, utilizaremos la opción de diseño AB (Barlow y Hersen, 1988). La fase A corresponde a las evaluaciones; la toma de medidas repetidas de la conducta objeto de estudio, en ausencia de tratamiento. Por el contrario, la fase B refiere las medidas se tomen durante la intervención psicológica para conocer las modificaciones que haya podido originar la instauración del tratamiento. Por tanto, cualquier posible cambio en la fase B respecto a la línea base, inferirá que haya tenido eficacia o no el tratamiento.

### **Resultados**

Conforme a los resultados de la intervención se pone de manifiesto la evolución favorable de la paciente a nivel cuantitativo. Las puntuaciones pre-tratamiento en el cuestionario SCL-90-R más llamativas correspondían a la escala de *ansiedad* (Centil 87) y *ansiedad fóbica* (Centil 91), explicando el miedo irracional a la situación de separación de su madre. De acuerdo con la evaluación al finalizar el tratamiento, se observa una

mejoría en ambos niveles de ansiedad al igual que se aprecian progresos a través de los valores del MCMI-III donde descenden las escalas de patrón de personalidad *evitativa*, explicado al éxito de la exposición en vivo y en referente a la escala *ansiosa*, por el trabajo cognitivo y las estrategias aprendidas para el control de su sintomatología, en línea con el énfasis del tratamiento (véase *Tabla 4*). En referencia a STAI, igualmente, reflejaron una disminución en la ansiedad-estado y en la ansiedad-rasgo del pre-tratamiento al post-tratamiento.

Tabla 4

*Puntuaciones (centiles) en ansiedad y personalidad pre, post y seguimiento.*

SCL-90-R (baremo población psiquiátrica)	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
Somatización	55	30	20
Obsesión-compulsión	55	25	18
Sensibilidad interpersonal	40	38	19
Depresión	38	35	12
<i>Ansiedad</i>	87	39	25
Hostilidad	30	30	20
<i>Ansiedad fóbica</i>	91	52	25
Ideación paranoide	25	22	20
Psicoticismo	45	35	45
GSI (intensidad sufrimiento psíquico)	53	15	10
PST (diversidad psicopatología)	71	41	35
PSDI (intensidad sintomática media)	30	10	8
STAI	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
Ansiedad estado	85	25	15
Ansiedad rasgo	65	55	50
MCMI-III	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
Evitativo	75	48	50
Dependiente	75	65	60
Ansiedad	99	53	46

En relación a las puntuaciones obtenidas en ISRA (véase *Figura 3*), se puede observar una reducción en la totalidad de las escalas del instrumento, tanto en las que conforman los tres sistemas de respuestas como en las áreas situacionales, siendo el cambio más importante a *nivel cognitivo y fisiológico* y en el *área situacional de ansiedad ante situaciones fóbica (F-III) y de la vida cotidiana (F-IV)*, donde la paciente pasó de clasificarse como *ansiedad severa a moderada*. La mejoría prosiguió a los tres meses de seguimiento, conservando a su vez, una estabilidad dentro de sus avances terapéuticos.

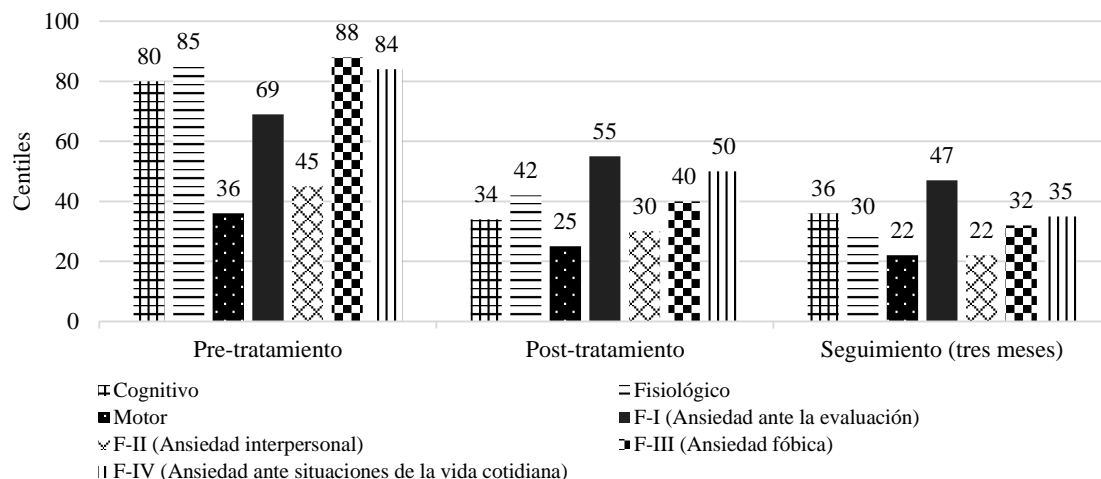


Figura 3. Puntuaciones ISRA.

En cuanto a los resultados cualitativos, las sesiones destinadas a que la paciente tomara conciencia de su problema y la fase psicoeducativa, han servido, según apunta la propia paciente, a originar el cambio inicial necesario en la percepción que tenía del origen de sus síntomas. Con la programación de actividades no ansiógenas, se potenció su independencia y autonomía, dado que verbalizaba en consulta sentirse semana tras semana con mayor confianza y seguridad. Las técnicas de autoobservación y autorrefuerzo refieren que fueron de gran utilidad para ser consciente de sus avances ganados en independencia hacia su madre y saber felicitarle por ello. Estas experiencias previas le sirvieron de cara a la exposición en vivo para elaborar autoinstrucciones del tipo “sé que poco a poco puedo”, “ya he sido capaz antes y cada vez me relajo mejor”.

Los autorregistros realizados de manera quincenal, muestran cómo la paciente conforme avanzaba en la psicoterapia, era capaz de detectar el tipo de distorsión cognitiva, poner en práctica las técnicas de desactivación fisiológica y reelaborar un pensamiento más adaptativo (véase Tabla 5). A nivel cognitivo, este procedimiento ha sido clave para controlar el nivel de ansiedad que se presentaba e ir minimizándola.

Tabla 5

*Ejemplo de uno de los autorregistros de la sesión núm. 15 de tratamiento.*

Situación	Pensamiento	Emoción	Distorsión cognitiva	Conducta	Pensamiento alternativo
En la cafetería de la universidad esperando mi comida.	Llevo rato sin hablar con mi madre, ¿y si se ha mareado?	Ansiedad	Anticipación negativa. Catastrofismo.	Respiración diafragmática.	Si le sucediera algo malo a mi madre, me llamarían por tlf.
En casa con mi madre desayunando.	Me duele la barriga. Mejor me quedo en casa.	Nerviosismo, impotencia, inseguridad.	Anticipación negativa. Magnificación Generalización excesiva.	Me visto y cojo las llaves para salir de casa.	Cuando logro estar tranquila sé que mejoro. En otras ocasiones así ha sido. Voy a respirar.

A nivel conductual, para la exposición en vivo, evaluada igualmente mediante autorregistros y gráficas, se ha observado la extinción de conductas evitativas que acostumbraba a realizar como p.ej. escuchar música o intentar distraerse. Ana fue capaz de irse de acampada, dormir fuera de casa, reducir las llamadas telefónicas y mensajes a su madre cuando estaba fuera de casa (de tres llamadas diarias que acostumbraba a una). Hechos objetivos que nos permiten ver los avances que se estaban desencadenando en paralelo a las tareas recomendadas en las sesiones, fueron el aumento en frecuencia de sus salidas con amigas y compañeros de clase a fiestas o quedadas, en lugar de poner excusas, quedarse en casa o salir solo cerca de casa.

Uno de los ítems que más incapacitaban a la paciente para su funcionamiento diario, era *salir de casa sintiendo que no me encuentro bien del todo y puedo ponerme peor estando fuera*. Fueron necesarios cuatro ensayos en exposición durante una semana para disminuir la ansiedad. Como se observan los resultados en la *figura 4*, cada vez el nivel de ansiedad fue menor, la meseta más corta y el descenso más rápido. Las estrategias de afrontamiento que Ana utilizó con éxito mientras hacía frente al ítem fueron autoinstrucciones, respiración y relajación progresiva.

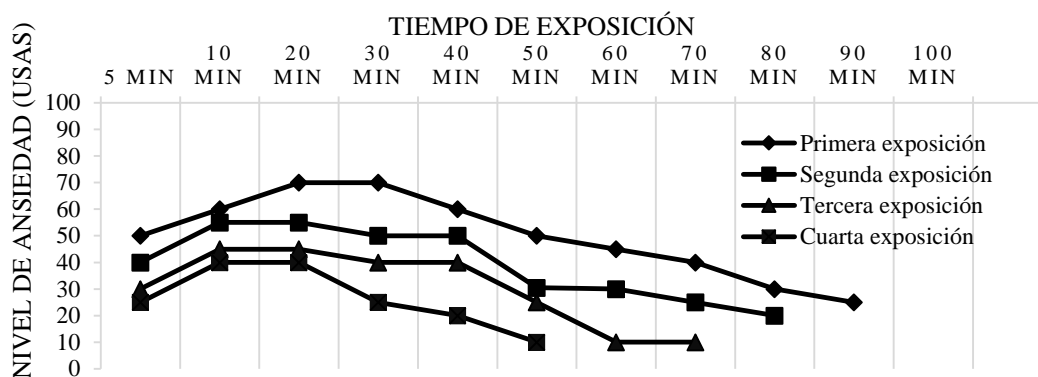


Figura 4. Autorregistro exposición en vivo ítem siete.

Por otro lado, en el momento que fue adquiriendo mayor control del dominio de la ansiedad y reforzando su afrontamiento, las molestias estomacales también se fueron reduciendo al salir de casa. Al finalizar la terapia, aun cuando en algunos momentos se encontraba mal del estómago, Ana continuó con sus actividades diarias sin focalizar tanto su atención en sus síntomas físicos y corrigiendo distorsiones. Con la exposición pudo experimentar que las consecuencias que teme no ocurren o lo hacen raramente o que puede afrontar el estímulo temido y tolerar la ansiedad (Craske, Anthony y Barlow, 2006, citado por Bados, 2015).

Otro apunte que señala la ganancia en independencia hacia su madre corresponde al ítem de la jerarquía en exposición en vivo *quedarme sola en un lugar extraño*. Previamente se trabajó en consulta la técnica de solución de problemas, que pudo poner en práctica en dicha situación. En lugar de llamar a su madre para que la recogiera en coche al acabar la exposición como refería hubiera hecho hace unos meses, preguntó a un viandante y cogió un autobús de camino a casa. Los niveles de ansiedad en las situaciones a un lugar desconocido y alejado de su madre se han ido iniciando en un 40 USA, reduciéndose a medida que afrontaba las situaciones. Ana valoró positivamente el hecho



de vivir más el presente sin sacar conclusiones apresuradas del futuro. Los pensamientos anticipatorios ahora son ocasionales.

Junto con estos avances y que Ana toma la decisión de retomar el carnet de conducir sin haber sido incluido como ítem de exposición, se consideró el alta terapéutica, se propuso un seguimiento trimestral después de trabajar la prevención en recaídas y recalcar a la paciente que convenía seguir afrontando las situaciones y resolverlas aplicando la solución de problemas si surgían contratiempos o imprevistos que le generasen ansiedad, acompañado de la práctica de respiración, relajación o autoinstrucciones.

Tres meses más tardes, en las dos entrevistas de *seguimiento*, Ana comenzó a trabajar en una heladería con el fin de ahorrar dinero e iniciar el programa Erasmus el siguiente año académico.



### Discusión

El presente trabajo pretende mostrar cómo la terapia cognitivo-conductual sin medicación psicofarmacológica y el uso de estrategias recomendadas para los trastornos de ansiedad, ha resultado ser efectiva en el TASA a partir de un caso clínico real.

Las técnicas cognitivas y conductuales han contribuido en la reducción de la sintomatología ansiosa a lo largo de seis meses y, además, se han resuelto o reducido en gran medida las conductas problema cognitivas (preocupación al alejarse de su figura de apego), al igual que sus conductas problema fisiológicas (ansiedad, dolor de estómago, diarrea) y las complicaciones conductuales (estilo de afrontamiento evitativo, salidas reducidas y condicionadas a la cercanía de su madre). De igual modo, como dato positivo que apoya la evolución de la paciente, cabe destacar que, durante la psicoterapia, Ana

tuvo que hacerse frente a cómo la salud de su madre no presentaba mejoría, sino que continuaban sus problemas de alcoholismo.

La paciente ha conseguido encontrar un equilibrio en el cuidado de su madre sin que afecte al cumplimiento de sus responsabilidades diarias como estudiante, sus actividades de ocio o su autonomía, tal y como al inicio sí reflejaba el cuestionario ISRA de acuerdo al factor *ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana* (centiles; pre 84, post 50, seguimiento 35). Aun así, en contraposición a la hipótesis defendida por Pini et al. (2010 citado por Santorelli, 2010), el rendimiento académico de nuestra paciente siempre ha sido bueno a pesar de sus ausencias a las clases universitarias, en cambio, sí había un deterioro social explicado por una restricción considerable en sus relaciones. Asimismo, nuestra paciente, presenta una serie de variables disposicionales socio-ambientales que creemos puede tener relación con el TASA tal y como mostramos en nuestra hipótesis de origen del trastorno. Se sugiere como estudios venideros investigar si el estilo de crianza, el apego inseguro y convivir con un familiar con problemas de adicción, puede guardar relación con la aparición por primera vez del trastorno en la adultez.

Cabe marcar que, aunque nuestros resultados para la superación progresiva del TASA gracias a la terapia cognitivo-conductual son significativos, el éxito de la evolución de Ana se debe así también a una serie de variables como el buen apoyo social del que dispone, su adherencia al tratamiento, su actitud positiva y su predisposición para tolerar y aceptar la ansiedad.

No obstante, debido a la metodología de caso único no deben generalizarse los resultados obtenidos, ya que cada sujeto difiere en sus características biopsicosociales, pero sí consideramos interesante este estudio de carácter experimentador como punto inicial para posteriores investigaciones.

En referencia a las dificultades halladas, el trabajo de recogida de información sobre el TASA ha resultado ser dificultoso por la novedad del trastorno y la escasez de estudios, limitándonos únicamente a lecturas en inglés. Igualmente, no existe un procedimiento concreto diseñado especialmente para su tratamiento como puede ocurrir con otros trastornos de ansiedad. Por lo general, el TASA se basa en intervenciones para otros trastornos de ansiedad, sin tener todavía resultados basados en la evidencia de dichas intervenciones, ya que no se han realizado estudios en adultos que lo demuestren.

Sería interesante potenciar esta línea de investigación, ya que en la actualidad solo el 28'5% recibe tratamiento por TASA como intervención única y basándose además en la intuición de los profesionales de la salud mental, Shear et al. (2006). Si se adapta el tratamiento a las necesidades específicas del TASA, podrían mejorar los resultados.

Continuando con las limitaciones del presente trabajo, una de las principales investigaciones de TASA llevada a cabo por Shear et al. 2006, fue apoyada en el recuerdo retrospectivo con respecto a la presencia o ausencia del trastorno en la niñez, que puede estar sujeto a sesgos de memoria. De igual manera, para el diagnóstico se basó en entrevistas clínicas no validadas.

En nuestro estudio de caso único, tal y como afirman Shear, et al., 2006, la paciente corrobora la hipótesis de cómo el trastorno de ansiedad por separación pueda tener su primera aparición siendo adulto, coincidiendo con la edad predominante como debutante en el trastorno, principio de los 20 años (Bögels, et al., 2013).

Por otro lado, de acuerdo con las evidencias que sostienen que el trastorno puede persistir en la adultez como TASA (Manicavasagar, et al., 1997), creemos necesario el adecuado conocimiento de TAS por el conjunto de profesionales que traten con la población infantil ya sea en colegios o en centros de salud, con el fin de poder derivar y

realizar una intervención eficaz en la infancia, y así evitar la permanencia y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta.

Con el reconocimiento en el DSM-V-TR (2013) como trastorno que puede darse en personas adultas e incluido como trastorno de ansiedad, se espera que la investigación profundice en las causas del origen del TASA, no solo en un tratamiento psicológico y averigüe qué factores de riesgo pueden desencadenar la problemática en la edad adulta que resulta ser limitante en la autonomía de la persona y en su calidad de vida.

### Referencias

American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychological Association. (2015). *Understanding Anxiety Disorders and Effective Treatment*. Recuperado de [www.apapracticecentral.org/outreach/anxiety-disorders.pdf](http://www.apapracticecentral.org/outreach/anxiety-disorders.pdf)

Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar*. Facultad de Barcelona.

Bados, A., Reinoso, M., y Benedito, N. (2008). ¿Existe una relación específica entre la ansiedad por separación en la infancia y la aparición posterior de los trastornos de pánico y agorafobia? *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16(2), 141-159.

Barlow, D., H., y Hersen M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.

- Bögels, S. M., Knappe, S., y Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 663-674.
- Cano, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información psicológica*. Universidad Complutense de Madrid, (102), 4-27.
- Derogatis, R., L. (2002). Cuestionario de 90 síntomas. SCL-90-R. Madrid: TEA Ediciones.
- First, M.B., Spitzer, R.L. Gibbon, M., y Williams, J.B. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson.
- Guzmán, G., M, Pía, S. M., y Garrido, R. L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista argentina de clínica psicológica*. 20(1), 49-55.
- Maldonado, N. (2008). La importancia de la intervención temprana con los hijos de padres alcohólicos. *Revista Griot*, 1(4), 18-27.
- Manicavasagar, V., Silove, D., y Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 274-282.
- Méndez, F.X., Orgilés, M., y Espada, J.P. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Miguel-Tobal., J. J., y Cano, A. (2007). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: TEA Ediciones.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Recuperado de

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997>.

- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I., e Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19(2), 193-204.
- Payne, R., A. (2009). *Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud*. Barcelona: Paidotribo.
- Sánchez, M., J., Olivares R.J., y Alcázar, A., I.R. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654.
- Santorelli, N., T. (2010). *Developmental Antecedents of Symptoms of Adult Separation Anxiety in Young Adult College Students*. (Tesis de maestría). Georgia State University.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., y Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074-1083.
- Silove, D., Marnane, C., Wagner, R., Manicavasagar, V., y Rees S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*, 10(1), 21.
- Silove, D., Slade, T., Marnane, C., Wagner, R., Brooks, R., y Manicavasagar, V. (2007). Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Compr Psychiatry*. 48(6): 546-553.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.