



**Facultad de Psicología y Logopedia**  
Universidad de La Laguna

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

**“TRASTORNO DE ANSIEDAD POR  
SEPARACIÓN:  
PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN”**

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología  
y Metodología. Curso Académico 2019-20

Autora

**Mónica Cortés Calvo**

Tutores

**María Concepción Cristina Ramos Pérez**

**Pablo García Medina**



## RESUMEN

La ansiedad por separación es reconocida como un fenómeno normativo y adaptativo durante el desarrollo temprano del niño, generalmente es de intensidad leve y comienza a disminuir después de los tres años de edad. Sin embargo, varias son las influencias tanto genéticas como ambientales que pueden agudizar la ansiedad y convertirla en un trastorno de ansiedad por separación (TAS) (Méndez et al., 2017). Es uno de los trastornos más prevalentes en niños menores de 12 años y el más frecuentemente diagnosticado (Kessler, et al., 2012). Sus repercusiones negativas en varias áreas principales del funcionamiento y su alta comorbilidad con otros trastornos, hacen de él un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta, sobre todo del trastorno de pánico y depresión (Biederman, et al., 2007). La detección e intervención tempranas son, por tanto, de gran importancia.

Es importante realizar una evaluación multimétodo, multifuente y multifase para elaborar un diagnóstico clínico específico y planificar un tratamiento individualizado. Los profesionales cuentan para diagnosticar el TAS con la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad para versión niño/padre, del DSM-IV (ADIS-IV-C/P). Y con herramientas genéricas de ansiedad, en las que se destaca el SCAS por tener una variante para padres (evaluación multi-informante) y estar validada con población española (Orgilés, Méndez, Spence et al., 2012). En la práctica clínica se cuenta con cinco instrumentos para poder evaluar el constructo de manera específica con aceptables propiedades psicométricas para su utilización con población infantil y juvenil, entre ellos se destaca la SAAS-P/C (para versión niño/padre) por estar diseñada para esta población, permitir una evaluación multi-informante y además recoger la mayoría de los criterios diagnósticos del DSM (Orenes, 2015).

Para aquellos niños en edades comprendidas entre los 3 y los 5 años y que manifiestan sintomatología en línea con el trastorno nos encontramos con una carencia de instrumentos de evaluación (Penosa, 2017).

**Palabras clave:** Ansiedad por Separación; Trastorno de Ansiedad por separación; Niños; Adolescentes.

## ABSTRACT

Separation anxiety is recognized as a normative and adaptive phenomenon during the early development of the child, it is generally mild in intensity and begins to decrease after three years of age. However, there are several genetic and environmental influences that can exacerbate anxiety and turn it into separation anxiety disorder (SAD) (Méndez et al., 2017). It is one of the most prevalent disorders in children under 12 years of age and the most frequently diagnosed (Kessler, et al., 2012). Its negative repercussions in several main areas of functioning and its high comorbidity with other disorders, make it a risk factor for the development of psychopathologies in adulthood, especially panic and depression (Biederman, et al., 2007). Early detection and intervention are therefore of great importance.

A multi-method, multi-source, and multi-phase evaluation is important to develop a specific clinical diagnosis and plan individualized treatment. Professionals count to diagnose SAD with the Interview for the Diagnosis of Anxiety Disorders for child / parent version, of the DSM-IV (ADIS-IV-C / P). And with generic anxiety tools, in which the SCAS stands out for having a variant for parents (multi-informant evaluation) and being validated with the Spanish population (Orgilés, Méndez, Spence et al., 2012). In clinical practice, there are five instruments to be able to evaluate the construct in a specific way with acceptable psychometric properties for use with children and adolescents, among them the SAAS-P / C

(for child / parent version) stands out because it is designed for this population, allow a multi-informant evaluation and also collect most of the DSM diagnostic criteria (Orenes, 2015).

For those children aged between 3 and 5 years and who manifest symptoms in line with the disorder, we find a lack of assessment instruments (Penosa, 2017).

**Key words:** Separation Anxiety; Separation Anxiety Disorder; Children; Teenagers.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>                                    | <b>1</b>  |
| <b>2. QUÉ ES EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN .....</b> | <b>2</b>  |
| 2.1. FACTORES DE RIESGO .....                                  | 4         |
| 2.1.1. FACTORES INTRÍNSECOS .....                              | 4         |
| I. TEMPERAMENTO .....  | 4         |
| II. HERENCIA .....   | 5         |
| 2.1.2. FACTORES EXTRÍNSECOS .....                              | 6         |
| I. APEGO.....  | 6         |
| II. EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE .....                          | 7         |
| III. ESTILO EDUCATIVO PARENTAL .....                           | 7         |
| IV. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES .....                  | 8         |
| 2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....  | 9         |
| 2.3. COMORBILIDAD .....  | 10        |
| <b>3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....</b>                        | <b>11</b> |
| 3.1. LA ENTREVISTA.....  | 12        |
| 3.2. CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS .....                | 14        |
| 3.3. OBSERVACIÓN .....   | 18        |
| <b>4. CONCLUSIÓN.....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                     | <b>21</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Entrevistas que incluyen la ansiedad por separación.....                         | 12 |
| Tabla 2. Escalas genéricas que incluyen la ansiedad por separación.....                   | 14 |
| Tabla 3. Cuestionarios, escalas e inventarios específicos de ansiedad por separación..... | 16 |



## 1. INTRODUCCIÓN

Los niños son particularmente sensibles a las amenazas de abandono y separación de las personas que les cuidan y con las que mantienen una unión afectiva, generalmente los padres. Así pues, el impulso de mantener la proximidad con las personas que conocen es adaptativo y apropiado para el desarrollo evolutivo.

La ansiedad por separación es un fenómeno que asegura la supervivencia. La reciprocidad diádica en la respuesta de ansiedad entre padres e hijos cumple tres funciones fundamentales: a) proteger al menor de posibles situaciones de peligro; b) proporcionar los cuidados básicos y necesarios; y c) estimular el desarrollo cognitivo, emocional y físico del niño (Orgilés, Méndez y Espada, 2012).

Normalmente, los niños empiezan a experimentar ansiedad por separación desde el primer año de vida. Concretamente, en el séptimo mes sienten ansiedad cuando se les separa de la madre. Durante el segundo y tercer año, la ansiedad tiende a ser muy frecuente. A partir de este momento hasta los cinco años, generalmente, disminuye progresivamente, pues el niño desarrolla mayor capacidad cognitiva y sentido de autonomía y es capaz de comprender que separarse no es para siempre. No obstante, se mantiene y en torno a los nueve y diez años su frecuencia incrementa, para volver a declinar en la pubertad y adolescencia (Méndez, Orgilés y Espada, 2017).

Temores relacionados con situaciones que amenazan la integridad física del niño y de la familia, son muy prevalentes. Una investigación llevada a cabo en nuestro país, con una muestra amplia de más de tres mil estudiantes, reveló que los tres tipos de acontecimientos con mayor grado de miedo son “que se puedan morir mis padres”, “que se pueda morir uno de mis amigos o hermanos” y “morirme” (Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y

Quiles, 2003). Así pues, el miedo a la separación de las figuras de apego es uno de los temores más consolidados en la especie humana, así como en otros animales.

La gravedad de los síntomas puede variar desde la simple inquietud anticipatoria hasta la ansiedad total por la separación. Afortunadamente, la ansiedad por separación que experimentan los niños suele ser de intensidad baja, pasajera y tiende a remitir espontáneamente con el curso natural del desarrollo (American Psychiatric Association [APA], 2014). Sin embargo, debido a determinados factores de riesgo, la ansiedad por separación en los niños puede persistir y no lograr remitir, dando lugar a problemas más severos que lo convierte en un trastorno de ansiedad por separación.

El presente trabajo se centra en conocer su etiología, cuáles son sus factores de riesgo, epidemiología y comorbilidad del trastorno, y además, analizar aquellas herramientas de evaluación, concretamente las específicas, diseñadas para evaluar este trastorno en población infantojuvenil y valorar las que ofrecen la información más completa para planificar un tratamiento lo más individualizado y eficaz posible.

## **2. QUÉ ES EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DMS-V) define al trastorno de ansiedad por separación (en adelante, TAS) como miedo o ansiedad excesiva y persistente ante la separación real o imaginaria del hogar o de las figuras de apego. Es una respuesta desproporcionada para la edad y el nivel de desarrollo del niño (APA, 2014).

La ansiedad causa un malestar significativo y altera la vida cotidiana, interfiriendo en el funcionamiento personal, familiar, académico y/o social del niño y del adolescente (Orgilés et al., 2012).

Generalmente, los síntomas más frecuentes, según indican los niños que sufren TAS, son: la evitación de ir a la cama sin las figuras de apego o a dormir fuera de casa (71,4%) y el excesivo miedo o rechazo a estar solo en el hogar o en otros lugares sin sus padres (61,9%); y los menos informados: sufrir repetidas pesadillas con temática de separación (11,5%) y la negativa persistente a ir a la escuela o a otros lugares por el miedo a la separación (22,2%) (Allen, Lavalée, Herren, Ruhe y Schneider, 2010).

Sin embargo, los tipos y frecuencia de los síntomas de ansiedad por separación pueden cambiar a medida que los niños se desarrollan. Según, Francis, Last y Strauss (como se citó en Albano, Chorpita y Barlow, 2003) los niños de 5 a 8 años son más propensos a sufrir pesadillas recurrentes sobre la separación, a manifestar rechazo escolar y miedo relacionado con el daño a las figuras de apego. Mientras, en los preadolescentes (entre 9 y 12 años), prevalecen la angustia excesiva después de la separación; y los adolescentes entre 13 y 16 años tienen más probabilidad de manifestar quejas somáticas (como dolor abdominal, cefaleas, vómitos, etc.) y rechazo escolar. Además, se encontró que los niños más pequeños sufren de más síntomas que los adolescentes.

El TAS puede aparecer en preescolares (Abbo, et al. 2013) sin embargo, la edad de inicio se sitúa comúnmente entre los 7 y los 9 años (Fernández-Sogorb, Aparicio-Flores, Hernández-Amorós y Urrea-Solano, 2018). Generalmente, el trastorno de ansiedad por separación se asocia con niveles bajos de deterioro funcional (Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves y Pickles, 2008). E incluso, se considera uno de los trastornos de ansiedad menos graves (Merikangas, et al., 2010).

Sin embargo, la influencia de factores genéticos y/o ambientales puede combinarse y exacerbar la ansiedad, e incluso derivar a otros trastornos de ansiedad y depresión en la edad adulta (Orenes, 2015).

## **2.1. FACTORES DE RIESGO**

Es necesario considerar la interacción y el efecto de determinados factores de riesgo internos y externos: como las cualidades temperamentales, experiencias de apego, psicopatología de los padres, eventos negativos, estilos de crianza, entre otros; ya que pueden inducir la aparición y la gravedad de la evolución del trastorno.

### **2.1.1. FACTORES INTRÍNSECOS**

Se entienden como factores intrínsecos a todas aquellas causas innatas del individuo, como son las propias cualidades temperamentales y la transmisión genética.

#### **I. TEMPERAMENTO**

Dentro de los factores de riesgo internos, el temperamento ha demostrado tener una gran relación con la ansiedad infantil. “El concepto temperamental más relevante para el desarrollo de trastornos de ansiedad es la inhibición conductual” (Méndez et al., 2017, p.43) que hace referencia a la predisposición del niño ante situaciones nuevas con recelo y retraimiento.

La investigación sugiere que los niños con un trastorno de ansiedad muestran una mayor inhibición conductual (Dougherty, et al., 2013). De hecho, “se podría argumentar que la inhibición es simplemente una versión menos clara o una manifestación temprana de un trastorno de ansiedad” (Rapee, 2018, p.9).

Esta predisposición se relaciona directamente con los miedos y la ansiedad por separación en la infancia (Orgilés et al., 2012). Los niños que muestran estas características durante la edad preescolar tienen entre dos a cuatro veces más vulnerabilidad de cumplir con los criterios de trastornos de ansiedad en la niñez media; de hecho estudios han informado que este riesgo puede continuar hasta la adolescencia (Rapee, 2018).

## **II. HERENCIA**

Otro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en los niños, concretamente del TAS, podría tener su origen en la psicopatología de los padres.

La investigación sugiere que los hijos de padres, especialmente las madres, que sufran o hayan sufrido problemas psicológicos, tienen un riesgo elevado de desarrollar un trastorno de ansiedad. Especialmente, encuentran que el trastorno de pánico (Schreier, Wittchen, Höfler y Lieb, 2008), el TAS y la depresión mayor, incrementa en sus hijos el riesgo de presentar trastorno de ansiedad por separación (Bados, 2015). La presencia actual o pasada de pánico en las madres triplica el riesgo en sus de sufrir TAS y si además, hay depresión, el riesgo se multiplica por diez (Méndez et al., 2017).

Según un metaanálisis, realizado por Scaini, Ogliari, Eley, Zavos y Battaglia (como se citó en Bados, 2015) con un muestra de más de tres mil gemelos, mostró que la aparición del TAS y de síntomas de ansiedad por separación, puede explicarse por el 43% de factores genéticos y del 57% por factores ambientales (no compartidos el 40% y los compartidos el 17%).

La influencia de la genética explica una parte importante de la varianza, pero el mayor peso está en los factores ambientales, que pueden moldear las condiciones propias del individuo y dar lugar a este tipo de alteraciones.

## **2.1.2. FACTORES EXTRÍNSECOS**

Los factores extrínsecos hacen referencia a todas aquellas influencias del entorno familiar que envuelven al individuo y que pueden moldear sus factores intrínsecos; estos son sus experiencias de apego, el estilo de crianza, los mecanismos de aprendizaje y las experiencias de eventos negativos.

### **I. APEGO**

El tipo de apego que el niño establece con su cuidador principal ha sido ampliamente estudiado. Entendiendo este como el vínculo emocional y perdurable que se crea entre el niño y los progenitores, en especial la madre (Bowlby, como se citó en Méndez, 2017).

El apego constituye la base para la adaptación personal. Según Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (como se citó en Penosa, 2017) se distinguen tres clases de apego: apego seguro, apego inseguro-evitador, apego inseguro-ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon (como se citó en Méndez, 2017) añaden el apego inseguro-desorganizado.

Los niños que poseen un apego sólido, donde prima la consistencia, sensibilidad y la actitud positiva, serán capaces de desarrollar seguridad en sí mismos y establecer relaciones interpersonales satisfactorias. Por el contrario, los niños con inseguridad en el apego, donde predomina la insensibilidad, actitud negativa e inconsistencia, tendrán dificultades para confiar en sí mismos y en los demás, y verán el mundo hostil y caótico (Orgilés et al., 2012).

La seguridad del apego estimulará el sistema inmunológico y será un factor de protección para la ansiedad por separación. Esto no ocurre con el apego de tipo inseguro, el cual, aparte de generar vulnerabilidad psicológica, es un predictor de la ansiedad por separación (Méndez, Orgilés y Espada, 2017). Siendo la relación aún más fuerte en los casos

en los que existe apego inseguro-ambivalente/desorganizado (Colonnesi, et al., 2011; Méndez et al., 2017).

## **II. EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE**

Distintos estudios avalan que los mecanismos de aprendizaje, como el modelado, el refuerzo de conductas ansiógena, la evitación de la separación y la transmisión verbal o conductual de amenaza; están directamente relacionados con la ansiedad (Beesdo, Knappe y Pine, 2009; Rapee, 2012).

Estos mecanismos de aprendizaje de padres a hijos aumentan en los niños las creencias y expectativas de amenaza, que poseen una relación crucial con la adquisición y el mantenimiento de los miedos y de la ansiedad por separación (Orgilés et al., 2012).

Por ejemplo, los resultados de Hadwin, Garner y Perez-Olivas (2006) apoyan la hipótesis de que los padres ansiosos, pueden transferir su sesgo de interpretación de situaciones ambiguas, como amenazantes, a su hijo a través de la comunicación verbal. Otras investigaciones apuntan que los comportamientos parentales de modelado (conductas o actitudes ansiosas o de evitación) son otro factor de riesgo para el desarrollo y/o mantenimiento de la ansiedad (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Gerull y Rapee, 2002).

## **III. ESTILO EDUCATIVO PARENTAL**

Por otra parte las pautas de crianza parental son significativas a lo largo del desarrollo emocional y conductual del menor, siendo otro factor de riesgo para la aparición de un trastorno de ansiedad. En concreto, dos formas de estilo de crianza parecen facilitar la aparición del trastorno de ansiedad por separación (Méndez et al., 2017).

Por un lado, la parentalidad sobreprotectora. Esta, generalmente contribuye a reforzar negativamente los comportamientos ansiosos y evitativos del niño y a castigar situaciones de

separación. Por otra parte, limita al niño de las experiencias positivas con sus compañeros, y no permite situaciones de separación de forma paulatina de los padres. No ofreciendo la oportunidad de enfrentarse a situaciones temidas como separarse de los cuidadores o interactuar con sus iguales (Bessdo et al., 2009) y perjudica el desarrollo de conductas de independencia y autonomía (Méndez et al., 2017).

Por otro lado, un estilo de crianza intrusivo con altos niveles de control, como por ejemplo, observar frecuentemente a los hijos, insistir en saber que están haciendo en cada momento o decidir por ellos, está directamente relacionado con mayores niveles de ansiedad infantil, ya que transmite al niño que el entorno es hostil e incontrolable y no permite que desarrolle herramientas de afrontamiento (Affrunti y Ginsburg, 2012).

#### **IV. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES**

Dentro de los factores de riesgo externos es importante destacar como el impacto del estrés y de algunos sucesos vitales pueden afectar a la psicopatología en los niños.

La investigación indica que los niños ansiosos han experimentado mayor número de factores estresantes que los niños sin trastornos de ansiedad (Dougherty, et al., 2013; Rapee, 2018).

En concreto, experiencias estresantes de separación forzosas como campamentos de verano, la escolarización o viajes de los padres y acontecimientos traumáticas como el divorcio de los padres, la hospitalización del menor o de los padres, o la muerte de alguna mascota o familiar, pueden disparar el inicio del trastorno de ansiedad por separación (Orgilés et al., 2012; Méndez et al., 2017).

En definitiva, son varias las influencias tanto genéticas como ambientales que pueden agudizar la ansiedad por separación, de hecho, se trata del trastorno de ansiedad más diagnosticado en niños (Kessler, et al., 2012).

## **2.2. EPIDEMIOLOGÍA**

La ansiedad y los trastornos de ansiedad constituyen una de las formas más frecuentes de psicopatología en niños (Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006) y adolescentes (Merikangas, et al., 2010).

Dentro de los trastornos de ansiedad, el TAS y algunos tipos de fobias específicas, como las relacionadas con los animales, son los trastornos de ansiedad que comienzan a una edad de inicio más temprana (Beesdo et al., 2009). Según Costello, Egger, Copeland, Erkanli y Angold (como se citó en Méndez, Espada, Orgilés, Llavona y García-Fernández, 2014) la prevalencia del TAS en la infancia (6-12 años) es del 3,9% y en la adolescencia (13-18 años) del 2,6%.

Para el DSM-V el TAS es el tipo de ansiedad con mayor prevalencia en los niños menores de 12 años (APA, 2014) y tiende a remitir a lo largo de la infancia y adolescencia (Abbo, et al. 2013; Costello, Copeland, y Angold, 2011; Mohammadi, et al., 2020; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012; Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2012). A pesar de ello, las conductas de evitación y la angustia significativa relacionadas con la separación, pueden perdurar hasta la adultez (Kearney, Sims, Pursell y Tillotson, 2003).

Otro de los factores estudiados es el género, varios autores encuentran mayores niveles de TAS en niñas en comparación con niños (Abbo, et al., 2013; Beesdo et al., 2009; Orgilés, Méndez, Spence, et al., 2012; Méndez et al., 2014; Orgilés et al., 2012).

Por otra parte, la investigación también indica, que el 50 al 75% de los niños con TAS provienen de hogares con nivel socioeconómico medio-bajo (Bados, 2015; Méndez et al., 2017).

La presencia del trastorno de ansiedad por separación en la infancia aumenta significativamente el riesgo de tener un trastorno de pánico y cualquier otro trastorno de ansiedad (Kossowsky, et al., 2013) y depresión en la edad adulta (Biederman, et al., 2007).

Esta predisposición del TAS combinada con una comorbilidad significativa puede ocasionar mayor gravedad de los síntomas, así como un deterioro funcional significativo en múltiples aspectos de la vida (Shear, Jin, Ruscio, Walters y Kessler, 2006).

### **2.3. COMORBILIDAD**

Según Méndez et al. (2017) casi el 50% de los niños con TAS presentan comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, en especial la fobia específica (13%) y el trastorno de ansiedad generalizada (33%). En la misma línea la investigación realizada por Mohammadi, et al., (2020) apunta que el TAS tiene comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. Además, la depresión o distimia es otro trastorno interiorizado muy frecuente que suele coexistir con el TAS (Méndez et al., 2017; Orenes, 2015).

El TAS es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías, por lo que el diagnóstico y una evaluación, que permita recoger una completa información y planificar así un adecuado tratamiento individualizado, son relevantes para prevenir la aparición de otros trastornos.

### 3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y la evaluación clínica aspiran recopilar la mayor cantidad de información posible. Así pues, una adecuada evaluación requiere utilizar herramientas como entrevistas, cuestionarios, registros, etc. (evaluación multimétodo), varios informantes, es decir incluir al niño, padres, maestros, iguales, etc. (evaluación multifuente) y hacer uso de instrumentos válidos y fiables que recoger información antes, durante y/o después de la intervención (evaluación multifase); todo ello con el objeto de planificar un tratamiento individualizado, conforme a cada caso.

En lo que respecta a los métodos, a pesar de que los síntomas del TAS pueden iniciarse antes de los seis años, existe una escasez de herramientas de diagnóstico adecuadas para niños en edad preescolar. La mayoría de las medidas de evaluación de la ansiedad infantil se desarrollan y validan con niños en edad escolar, lo que deja la sintomatología de los trastornos de la primera infancia relativamente inexplorados.

Así pues, la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño incapacita la transmisión de información. Lo que hace imprescindible que la evaluación incluya a más de un informante. La información recogida de los padres, será más fiable a menor edad del niño, sin embargo cuando la información procede de los niños, esta es más segura cuando son mayores de doce años (Bados, 2015). Concretamente, Allen et al. (2010) indican que en ansiedad por separación, generalmente, los niños son más precisos sobre su angustia interna, mientras que la información recogida por los padres es más concreta en lo que respecta al deterioro ocasionado por los síntomas del problema.

El proceso de evaluación suele empezar en primer lugar, con la realización de una entrevista clínica que determinará si se cumplen los criterios diagnósticos para un TAS. Este proceso ayudará al psicólogo clínico a recopilar información relevante, por un lado, sobre la

frecuencia, intensidad y duración de las conductas (análisis topográfico) así como, el grado de malestar, severidad y deterioro debido al problema; y por otro lado, sobre las variables antecedentes y consecuentes que controlan la conducta (análisis funcional) (Orenes, 2015).

### 3.1. LA ENTREVISTA

En la Tabla 1 se resumen las principales entrevistas (semi)estructuradas para niños, adolescentes y/o padres; así como el autor y la edad destinada de cada instrumento. Esta información ha sido obtenida en base a varias fuentes, concretamente las tesis realizadas por Orenes (2015) y Penosa (2017) y los trabajos de Bados (2015) y Méndez et al. (2017).

Tabla 1. Entrevistas que incluyen la ansiedad por separación

| Entrevista   | Autor/es (año)                                       | Tipo                        | Edad         |
|--|--|-----------------------------|--------------|
| Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV ( <i>Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV, ADIS-IV</i> )           | Silverman y Albano (1996)                            | Semi-estructurada           | 7-17         |
| Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes ( <i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA</i> )   | Angold y Costello (2000)                             | Glosario para entrevistador | 9-18         |
| Entrevista sobre Esquizofrenia y Trastornos Afectivos para Niños ( <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, K-SADS</i> )                  | Ambrosini (2000)                                     | Semi-estructurada           | 6-18         |
| Entrevista Diagnóstica para Niños del Instituto Nacional de Salud Mental- Versión IV ( <i>Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents – Version IV, DISC-IV</i> ) | Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000) | Estructurada                | 9-17<br>6-17 |

---

|   |   |                   |                       |
|---|---|-------------------|-----------------------|
| Entrevista para Niños y Adolescentes<br>( <i>Interview Schedule for Children and Adolescents, ISCA</i> )                | Sherrill y Kovacs<br>(2000)                       | Semi-estructurada | 8-17                  |
| Entrevista sobre Síndromes Psiquiátricos en la Infancia ( <i>Children's Interview for Psychiatric Syndrome, ChIPS</i> ) | Weller, Weller, Fristad, Rooney y Schecter (2000) | Estructurada      | 6-18                  |
| Entrevista Diagnóstica con Niños y Adolescentes ( <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA</i> )      | Reich (2000)                                      | Semi-estructurada | 6-12<br>13-17<br>6-17 |
| Entrevista de Evaluación Psiquiátrica en edad Preescolar ( <i>Preschool Age Psychiatric Assessment, PAPA</i> )          | Egger y Angold (2006)                             | Estructurada      | 2-6                   |

---

En nuestro país existen dos entrevistas **validadas en población española**: la Entrevista Diagnóstica con Niños y Adolescentes (DICA), adaptada por Ezpeleta (2001) y la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (ADIS-IV-C/P), la cual dispone de una adaptación española (Silverman, Albano y Sandín, 2001) y del mismo modo, del manual específico para el entrevistador (Sandín, 2002) (Méndez et al. (2017).

Según Orenes, Méndez y García-Fernández (2017) la entrevista ADIS-IV-C/P es la más utilizada para diagnosticar el trastorno de ansiedad por separación. Posee una versión para niños (de 7 a 17 años) y otra para padres (**evaluación multifuente**). Es una entrevista con excelentes propiedades psicométricas y posee la ventaja de centrarse en cada trastorno de ansiedad infantil e incluir apartados independientes para el TAS y el rechazo escolar. Además, contiene ítems para conocer el nivel de gravedad (Orenes, 2015).

Los profesionales que estudian a los preescolares hacen uso del ADIS-IV, aunque no sea una escala originariamente diseñada para preescolares; y de la *Evaluación Psiquiátrica en*

*Edad Preescolar* (PAPA). Es una entrevista diseñada para padres con niños entre los 2 y los 6 años de edad y aunque esté elaborada específicamente para preescolares no es específica para trastornos de ansiedad. Además, no está adaptada a la población española (Penosa, 2017).

La entrevista de diagnóstico generalmente se considera lo más aceptable para una evaluación precisa y completa de los criterios para el TAS. Sin embargo, estas entrevistas suelen ser largas, costosas y requieren cierto nivel de profesionalidad y experiencia.

Además de corroborar el diagnóstico, cuando el tiempo y los recursos son limitados, los cuestionarios, escalas e inventarios, son frecuentemente utilizados debido a sus múltiples ventajas como la simplicidad de administración, eficacia y el bajo costo financiero (Orenes, 2015).

### 3.2. CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS

En la Tabla 2 se resumen las escalas genéricas que incluyen ítems para evaluar la ansiedad por separación; además del autor, la edad de aplicación, nº de ítems (ítems de ansiedad por separación) y las dimensiones de evaluación. Esta información ha sido obtenida en base a varias fuentes, concretamente las tesis realizadas por Orenes (2015) y Penosa (2017) y el manual de Méndez et al. (2017).

Tabla 2. Escalas genéricas que incluyen la ansiedad por separación

| Escala general  | Autor/es (año)         | Edad | Nº Ítems | Evaluación   |
|---|------------------------|------|----------|--|
| Escala de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil – Revisada ( <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional</i> ) | Birmaher et al. (1997) | 8-18 | 66(8)    | Pánico, ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, ansiedad por separación, estrés postraumático y |

| <i>Disorders – Revised, SCARED-R</i>   |   |               |                | obsesivo-compulsivo   |
|--|---|---------------|----------------|---|
| Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños<br>( <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC</i> ) | March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners (1997) | 8-19          | 39(9)          | Síntomas físicos, ansiedad social, evitación del daño y ansiedad por separación   |
| Escala de Ansiedad Infantil de Spence ( <i>Spence Children's Anxiety Scale, SCAS</i> )                         | Spence (1998, 1999)                                 | 8-12          | 44(6)          | Ansiedad por separación, fobia social, obsesivo-compulsivo, pánico/agorafobia, miedo al daño físico y ansiedad generalizada |
| Evaluación Interactiva Dominic<br>( <i>Dominic Interactive Assessment, DIA</i> )                               | Valla, Bergeron y Smolla (2000)                     | 6-11<br>12-16 | 91(8)<br>91(6) | Ansiedad, depresión, hiperactividad, problemas conducta y consumo sustancias  |
| Escala de Ansiedad Preescolar de Spence ( <i>Preschool Anxiety Scale, PAS</i> )                                | Spence, Rapee, Mc Donald e Ingram (2001)            | 2.5-6.5       | 28(5)          | Ansiedad generalizada, fobia social, obsesivo-compulsivo, miedo por la integridad física y ansiedad por separación          |

Estos instrumentos evalúan los trastornos de ansiedad en general e incluyen una breve subescala de TAS. Además, están fundamentados en los criterios diagnósticos del DSM y cuentan con **propiedades psicométricas** adecuadas (Orenes, 2015).

En el marco de la **evaluación multifuente**, Orenes, García-Fernández y Méndez (2019) indican que las escalas globales más utilizadas y las únicas que incluyen versiones para padres son: la Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC), la Escala de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil – Revisada (SCARED-R) y la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). Además, esta última está **validada en población española** (Orgilés, Méndez, Spence et al., 2012).

Para **preescolares** se cuenta con la Escala de Ansiedad Preescolar de Spence (PAS). Es una escala creada específicamente para padres con niños en esta edad, sin embargo, no cuenta con versión en español (Penosa, 2017).

Los instrumentos genéricos son de gran utilidad para el cribado en estudios epidemiológicos y también en clínica, ya que permite al profesional confirmar el diagnóstico y establecer condiciones comórbidas.

Sin embargo, para analizar las diferencias individuales en el TAS, son insuficientes. Existen algunos diseñados exclusivamente para evaluar la ansiedad por separación infantil, que proporcionan información más detallada sobre el trastorno y permiten al psicólogo clínico examinar de forma más rigurosa el problema y planificar un tratamiento más acorde e individualizado.

En la Tabla 3 se resumen las escalas específicas para evaluar la ansiedad por separación; además del autor, la edad de aplicación, las versiones que existen, el nº de ítems y las dimensiones de evaluación. Esta información ha sido obtenida en base a varias fuentes, concretamente la tesis realizada por Orenes (2015) y los trabajos de Fernández-Sogorb et al., (2018) y Méndez et al. (2017).

Tabla 3. Cuestionarios, escalas e inventarios específicos de ansiedad por separación

| Técnica específica  | Autor/es (año)          | Edad | Nº Ítems | Versión                    | Evaluación   |
|---|-------------------------|------|----------|----------------------------|--|
| Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación ( <i>Separation Anxiety Assessment Scale, SAAS</i> ) | Eisen y Schaefer (2005) | 6-17 | 34       | Niño/adolescente<br>Padres | Miedo a la soledad, miedo al abandono, malestar físico, preocupación por los desastres, señales de seguridad y |

|   |   |      |    |                            | frecuencia de<br>desastres   |
|---|---|------|----|----------------------------|--|
| Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano ( <b>CASIT</b> )   | González, Méndez e Hidalgo (2008)                         | 3-5  | 24 | Padres                     | Ansiedad separación ante pérdida o daño de un ser querido, para dormir y ante eventos cotidianos |
| Escala de Ansiedad por Separación para Niños ( <i>Separation Anxiety Scale for Children</i> , <b>SASC</b> )                               | Méndez, Espada, Orgilés, Hidalgo, García-Fernández (2008) | 8-11 | 26 | Niño                       | Preocupación, malestar y calma ante la separación  |
| Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños ( <i>Separation Anxiety Symptom Inventory for Children</i> , <b>SASI-C</b> ) | Di Riso, Chessa, Delvecchio, Lis y Eisen (2012)           | 6-10 | 15 | Niño                       | Ansiedad separación y miedos durante la noche  |
| Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación ( <i>Separation Anxiety Avoidance Inventory</i> , <b>SAAI</b> )                        | In-Albon, Meyer y Schneider (2013)                        | 4-15 | 12 | Niño/adolescente<br>Padres | Evitación: ir colegio/dormir solo y estar/ir solo a casa si no hay nadie                         |
| Escala de Ansiedad por Separación en la Infancia ( <i>Children's Separation Anxiety Scale</i> , <b>CSAS</b> )                             | Méndez et al. (2014)                                      | 8-11 | 20 | Niño                       | Preocupación, malestar, calma y oposición ante la separación                                     |

Todos los instrumentos específicos han sido desarrollados para niños y adolescentes, menos el SASI-C, que es una adaptación de la prueba de adultos (SASI). Además, parecen tener unas **propiedades psicométricas** adecuadas, excepto la SAAI-C en la fiabilidad test-retest que es inadecuado para 4 semanas más tarde de su primera administración, pero

adecuado para un intervalo de 6 a 7 días (Fernández-Sogorb et al., 2018) y la fiabilidad test-retest del SASI-C que no se estudió (Orenes, 2015).

Existen cuatro instrumentos elaboradas y/o **validadas con población española**: el Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASIT), la Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (SAAS), la Escala de Ansiedad por Separación para Niños (SASC) y la Escala de Ansiedad por Separación en la Infancia (CSAS).

Para niños en **edad preescolar** existen dos instrumentos: el SAAI y el CASI-T, ideales para que los padres evalúen la ansiedad por separación de sus hijos menores de seis años.

Atendiendo a una **evaluación multi-informante**, hay dos escalas que lo permiten: la SAAS, tiene dos versiones paralelas y ambas adaptadas al español, una para niños y adolescentes de 6 a 17 años (SAAS-C; Orenes et al., 2017) y otra para padres (SAAS-P; Orenes et al., 2019); y el Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación (SAAI).

Además, en el marco de la **evaluación multimétodo** es habitual ampliar el conocimiento del componente conductual, integrando pruebas de (auto)observación.

### 3.3. OBSERVACIÓN

La evaluación conductual a través de la observación natural permite recoger información directa de la vida diaria del niño en el hogar y en la escuela, cumplimentada por los padres y profesores, respectivamente. Esta modalidad se denomina observación participante, pues no solo observan sino también intervienen. Una alternativa al registro escrito son las grabaciones, no tan usadas en clínica debido al esfuerzo y coste financiero (Méndez et al., 2017).

Concretamente, para la ansiedad por separación Orenes (2015) indica dos tipos de registros: el Registro Semanal de la Ansiedad por Separación (*Weekly Record of Anxiety at Separation*, **WRAS**; Eisen y Schaefer, 2005). Destinado a los padres y profesores, el cual permite registrar la intensidad y frecuencia de las conductas ansiosas del niño. Y el Registro Diario de Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Daily Diary*, **SADD**; Allen, Blatter-Meunier, Ursprung y Schneider, 2010), dirigido a padres y con versión para niños entre 7 y 14 años (SADD-C). Este evalúa durante ocho días, las situaciones que generan ansiedad o angustia, así como los pensamientos y conductas ansiosas del niño.

También, para niños en edad preescolar existe el Programa de observación dimensional de ansiedad (*Anxiety Dimensional Observation Schedule*, **Anx-DOS**; Mian, Carter, Pine, Wakschlag y Briggs-Gowan, 2015). Que sirve para capturar manifestaciones de miedo y ansiedad en niños de 3 a 6 años.

Por último, existen pruebas de observación del niño en condiciones artificiales. El profesional clínico puede llevar a cabo: la *prueba de separación*, que consiste en la observación de conductas de separación de forma gradual, que generan cada vez mayor ansiedad (Méndez el al., 2017). O la *prueba de tolerancia*, en la que se observa directamente al niño enfrentándose a la situación de separación temida sin graduación (Orenes 2015).

#### 4. CONCLUSIÓN

En conclusión la ansiedad por separación en sí misma no es perjudicial, es un fenómeno muy común y adaptativo en la infancia, que incluso cumple funciones relacionadas con la supervivencia. Sin embargo, la ansiedad por separación pierde su utilidad cuando supone un malestar significativo y cuando persiste después de los tres años de manera excesiva (APA, 2014). Son varias las influencias tanto genéticas como ambientales (un

temperamento inhibido, el exceso de conductas parentales de protección, un apego inseguro, etc.) que pueden agudizar la ansiedad y convertirla en un trastorno de ansiedad por separación (Méndez, 2017).

El TAS es uno de los trastornos más prevalentes en niños menores de 12 años y el más frecuentemente diagnosticado (Kessler, et al., 2012). Además, su alta comorbilidad con otros trastornos, hacen de él un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta, sobre todo del trastorno de pánico y depresión (Biederman, et al., 2007). La detección e intervención tempranas son, por tanto, relevantes para frenar la gravedad del trastorno y futuras patologías mentales.

Existe una amplia variedad de instrumentos que evalúan el TAS y que además tienen adecuadas propiedades psicométricas. Pero son pocos los que permiten obtener una evaluación multi-informante, es decir, que evalúen al niño a través de la información recogida por los padres y maestros. Ya que conocer cómo se comporta el niño en el hogar y en la escuela es relevante y ayuda a corroborar y establecer un diagnóstico clínico válido y fiable.

Algunos instrumentos potenciales son la entrevista ADIS-IV-C/P, la escala genérica SCAS-C/P y la específica SAAS-C/P, pues reúnen características que los hacen únicos en el análisis de una evaluación multimétodo, multifuente y multifase: a) tienen propiedades psicométricas aceptables, b) están diseñadas para población infantil y juvenil, c) poseen formas paralelas para padres y d) están validadas en español (Orenes, 2015).

Finalmente, para aquellos niños entre los 3 y 5 años que continúan mostrando angustia o miedo a la separación se encontró con una falta de opciones de medidas de evaluación. La mayoría de las instrumentos se desarrollan y validan con niños en edad

escolar (Penosa, 2017) dejando relativamente inexplorada la sintomatología en estas edades y la oportunidad de una detección e intervención de inicio temprano.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S., y Stein, D. J. (2013). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 21. doi: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-21>
- Affrunti, N. W. y Ginsburg, G. S. (2012). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. *Child Psychiatry y Human Development*, 43(1), 102-112. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0248-z>
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (2003). Childhood Anxiety Disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Ed.), *Child Psychopathology*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.469.5747&rep=rep1&type=pdf#page=292>
- Allen, J. L., Lavalley, K. L., Herren, C., Ruhe, K., y Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 946-952. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.022
- American Psychiatric Association (2014). *DMS-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Beesdo K., Knappe S., y Pine D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clinics of North Americana*, 32(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., ... Rosenbaum, J. F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry research*, 153(3), 245-252. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.016
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.002

- Colonnese, C., Draijer, E. M., Jan J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. y Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645. doi: 10.1080/15374416.2011.581623
- Costello, E. J., Copeland, W. y Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., Rose, S., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589. doi: 10.1080 / 15374416.2012.759225
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio-Flores, M. P. Hernández-Amorós, M. J. y Urrea-Solano, M. E. (2018). Ansiedad por separación: validez y fiabilidad de instrumentos de evaluación. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 183-192.
- Fisak Jr, B. y Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical child and family psychology review*, 10(3), 213-231. doi: 10.1007/s10567-007-0020-x
- Foley, D. L., Rowe, R., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L., y Pickles, A. (2008). The relationship between separation anxiety and impairment. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 635–641. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.06.002
- Gerull, F.C. y Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 279-287. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00013-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00013-4)
- Hadwin J. A., Garner, M. y Perez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 876-894. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.004>
- Kearney, C. A., Sims, K. E., Pursell, C. R. y Tillotson, C. A. (2003). Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Longitudinal and Family Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(4), 593-598. doi: [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204\\_12](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_12)
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... Sampson, N. A. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160

- Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C. y Gaab, J. (2013). The Separation Anxiety Hypothesis of Panic Disorder Revisited: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *170*(7), 768-781. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070893>
- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Llavona, L. M., y García-Fernández, J. M. (2014). Children's Separation Anxiety Scale (CSAS): Psychometric Properties. *Plos One*, *9*(7), e103212. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103212>
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, *6*(13), 4-16. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Candido\\_Ingles/publication/28062475\\_Los\\_miedos\\_en\\_la\\_infancia\\_y\\_la\\_adolescencia\\_Un\\_estudio\\_descriptivo/links/5dcde0fd4585156b3513705d/Los-miedos-en-la-infancia-y-la-adolescencia-Un-estudiodescriptivo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Candido_Ingles/publication/28062475_Los_miedos_en_la_infancia_y_la_adolescencia_Un_estudio_descriptivo/links/5dcde0fd4585156b3513705d/Los-miedos-en-la-infancia-y-la-adolescencia-Un-estudiodescriptivo.pdf)
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2017). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ...Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Mian, N. D., Carter, A. S., Pine, D. S., Wakschlag, L. S. y Briggs-Gowan, M. J. (2015). Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(9), 1017-1025.
- Mohammadi, M. R., Badrfam, R., Khaleghi, A., Hooshyari, Z. Ahmadi, N. y Zandifar, A. (2020). Prevalence, Comorbidity and Predictor of Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Psychiatric Quarterly*. doi: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09778-7>
- Orenes, A. M. (2015). *Evaluación de la Ansiedad por Separación y Prevención Escolar de las Dificultades Emocionales* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Orenes, A., García-Fernández, J. M. y Méndez, F. X. (2019). Separation Anxiety Assessment Scale—Parent Version: Spanish Validation (SAAS-P: Spanish Validation). *Child Psychiatry & Human Development*, *50*, 826–834. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00885-6>
- Orenes, A., Méndez, F. X. y García-Fernández, J. M. (2017). Spanish Validation of the Separation Anxiety Assessment Scale. *Child Psychiatry & Human Development*, *48*, 468–477. doi: 10.1007/s10578-016-0673-0

- Orgilés, M., Méndez, F. X. y Espada, J. P. (2012). Intervención en los miedos y en la ansiedad por separación. En F. X. Méndez y L. M. Llavona (Ed.), *Manual del psicólogo de familia. Un Nuevo Perfil Profesional*. Recuperado de [https://www.academia.edu/36252776/Manual\\_del\\_Psic%C3%B3logo\\_de\\_Familia\\_Un\\_Nuevo\\_Perfil\\_Profesionas\\_de\\_Luis\\_M\\_LLavona\\_U\\_y\\_Francisco\\_X\\_M%C3%A9ndez\\_C\\_pdf](https://www.academia.edu/36252776/Manual_del_Psic%C3%B3logo_de_Familia_Un_Nuevo_Perfil_Profesionas_de_Luis_M_LLavona_U_y_Francisco_X_M%C3%A9ndez_C_pdf)
- Orgilés, M., Méndez, F. X., Espada, J. P., Caballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005
- Orgilés, M., Méndez, F. X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2012) Spanish Validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 271–281. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0265-y>
- Penosa, P. (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.
- Rapee R. M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. En J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Publisher%20version%20\(open%20access\)%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Publisher%20version%20(open%20access)%20(5).pdf)
- Rapee R. M. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. En J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Recuperado de <https://iacapap.org/content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf>
- Schreier, A., Wittchen, H. U., Höfler, M., y Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 308-309. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033589>
- Shear, K., Jin, R. J., Ruscio, A. M., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2006). Prevalence and Correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074-1083. doi: 10.1176/appi.ajp.163.6.1074
- Silverman, W., Saavedra, L. M. y Pina, A. A. (2001). Test-Retest Reliability of Anxiety Symptoms and Diagnoses With the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>