

**XI Becas ANPIR 2015-2016 para la promoción de estancias en
centros de excelencia extranjeros**



CENTRE FOR EMOTIONAL HEALTH

Eduard Forcadell Lopez

Parc de Salut Mar - R4

Febrero-abril 2016

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Características del centro de destino	4
3. Actividades realizadas	8
4. Aplicabilidad a nuestro contexto	13
5. Conclusiones y valoración personal	14
6. Agradecimientos	15
7. Referencias	16
8. Referencias esenciales en castellano	18

1. INTRODUCCIÓN

La presente memoria se centra en la estancia de 3 meses que desarrollé como parte de la rotación externa que ofrece la formación PIR. La rotación tuvo lugar en el *Centre for Emotional Health* (CEH) que forma parte de la *Macquarie University* de Sídney, Australia.

El objetivo de la rotación era la formación en el área de los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil. Los trastornos de ansiedad incluyen una gran variedad de miedos y preocupaciones, principalmente en las primeras fases de la vida y son uno de los grupos de trastornos más frecuentes, con una prevalencia de vida alrededor del 30% (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005). Son una causa importante de discapacidad global e imponen considerables cargas económicas en la sociedad (Baxter, Vos, Scott, Ferrari, & Whiteford, 2014). El curso se inicia típicamente en la infancia o adolescencia y se ha relacionado con el desarrollo posterior de otros trastornos, incluyendo la depresión o los trastornos de conducta. De hecho, los trastornos de ansiedad son uno de los grupos de trastornos más frecuentes en la infancia (Fineberg et al., 2013). El equipo de Costello (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003) concluyó, en base a un estudio longitudinal, que al menos 1 de cada 10 jóvenes sufre uno o más trastornos de ansiedad antes de los 16 años. Considerando esta elevada prevalencia y la tendencia a la cronicidad, se hace evidente la necesidad de optimizar la eficacia de los tratamientos destinados a esta patología. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento de primera elección, con tasas de remisión post tratamiento alrededor del 59% (James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2013).

2. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DESTINO

El CEH, situado en el campus de la *Macquarie University* (en la zona norte de la ciudad de Sídney), lleva a cabo investigación clínica orientada a fomentar la comprensión de los trastornos mentales de niños y adultos, así como la mejora continua de los tratamientos psicológicos. El centro está bajo la dirección de la profesora Jennie Hudson, investigadora de reconocido prestigio internacional en el campo de los trastornos de ansiedad infanto-juvenil, área en la que el centro desarrolla su principal actividad. Las áreas de interés del centro engloban la investigación de intervenciones costo efectivas, la prevención y la intervención temprana. El CEH opera junto con el apoyo del departamento de psicología de la *Macquarie University*, concentrando un equipo de investigadores y de clínicos con gran presencia en revistas y congresos internacionales.

La población que atiende el CEH no está acotada a ninguna zona, sino que está abierto a todos aquellos ciudadanos que puedan costearse la intervención, de manera que el perfil de usuario se enmarca en un nivel socioeconómico medio/alto. Consecuentemente, las tarifas que pagan los pacientes son la principal fuente de ingresos del centro.



Parte del equipo del *Centre for Emotional Health*.

Uno de los motivos por los que el CEH ha adquirido notoriedad en el ámbito de la intervención temprana en trastornos de ansiedad es la popularidad de su programa de tratamiento *Cool Kids* (CK, Hudson et al., 2009). El CK fue creado hace unos 10 años y está destinado a niños y adolescentes de los 7 a los 17 años. Se trata de un programa de 10 sesiones individual o grupal, basado en los principios de la TCC, que se ha traducido y adaptado a varios idiomas y países y que ha demostrado ampliamente su eficacia y aplicabilidad (Bayer et al., 2011; Morgan et al., 2015). Los componentes principales de la terapia son la reestructuración cognitiva, la terapia de exposición y la intervención con los padres. Como elementos secundarios que complementan la intervención, el programa ofrece la opción de trabajar resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación, afrontar el acoso escolar y experimentos conductuales.

A continuación se muestra un resumen del programa de intervención sesión a sesión:

Sesión 1: En esta primera sesión se hace una primera introducción al programa (número de sesiones, frecuencia de visitas, importancia de las tareas para casa), se inicia psicoeducación sobre ansiedad (naturaleza y causas, relación emociones-pensamientos), se discuten y programan objetivos terapéuticos y se introduce la “escala de preocupación” (una escala del 0 al 10 que se utilizará a la largo de toda la intervención para ir puntuando el miedo o la preocupación ante las distintas situaciones que se irán abordando).

Sesión 2: Esta sesión introduce un tema nuclear en la intervención que se irá desarrollando a lo largo de las sesiones: la reestructuración cognitiva (pensamiento de detective en la versión infantil, pensamiento realista en la versión adolescente).

Sesión 3: Se sigue trabajando la reestructuración cognitiva y se introduce la teoría sobre la terapia de exposición. Se diseña junto al paciente la primera jerarquía de exposiciones.

Sesión 4: En esta sesión se trabajan pautas de manejo conductual únicamente con los padres. A pesar de que en cada sesión los padres participan de forma activa (junto al niño durante la sesión, o por separado en el caso de los adolescentes), esta visita hace especial énfasis en aquellas pautas o estrategias que los padres pueden emplear para reforzar un buen manejo de la ansiedad por parte del niño, el papel de la sobreprotección y el papel de los elementos terapéuticos hasta ahora introducidos.

Sesión 5: Se repasa el progreso de la terapia de exposición y se practican exposiciones “creativas” con el objetivo de ayudar a desarrollar jerarquías adecuadas para aquellas situaciones o miedos que resulten más complicadas. Se trabaja también el papel mantenedor de las conductas evitativas y los beneficios del sobreaprendizaje a largo plazo.

Sesión 6: En esta sesión se repasan los progresos alcanzados mediante la terapia de exposición, se trabajan una versión simplificada de la reestructuración cognitiva y se planifican exposiciones que se realizarán en consulta.

Sesiones 7, 8 y 9: En estas 3 sesiones se trabajan aquellas dificultades que hayan podido aparecer durante la terapia de exposición, la reestructuración cognitiva y las pautas parentales, se realizan las exposiciones programadas en consulta y se pueden trabajar de forma opcional las siguientes habilidades: resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación, afrontar el acoso escolar y experimentos conductuales.

Sesión 10: En esta última sesión se hace una revisión de los objetivos planteados en un inicio y se trabajan el mantenimiento de ganancias y la previsión de recaídas.

Recientemente se han desarrollado varias versiones del CK para ajustarse a las necesidades específicas de determinados trastornos, formatos y canales (estas versiones se han desarrollado con una finalidad clínica y aún no existen artículos o manuales específicos que los desarrollen):

Cool Little Kids: se trata de un programa grupal de intervención temprana destinado a padres de niños de 3 a 6 años con síntomas de ansiedad o excesiva timidez.

Cool Kids ASD: es una adaptación para niños con trastornos del espectro autista que utiliza los mismos principios que el programa estándar pero con una adaptación de la presentación que encaja mejor con los estilos de pensamiento de estos niños. En concreto, el programa hace especial énfasis en aspectos como la rigidez cognitiva, reciprocidad, teoría de la mente, asertividad y habilidades sociales. Combina intervenciones con niños y padres en formato grupal.

Cool Kids and Adolescent Health: este programa se centra en aquellos niños y adolescentes (de 7 a 17 años) que sufren de ansiedad con un predominio de molestias somáticas. Formato individual (presencial u online).

Cool Kids Online: este programa para niños de 7 a 12 años permite a padres y a niños trabajar el manejo de la ansiedad conjuntamente. Está formado por 8 sesiones online y contacto telefónico semanal con el terapeuta.

Study without stress: este programa de 6 sesiones trabaja con niños de 10 a 12 años que experimentan dificultades específicas de estrés en el estudio y ante exámenes. Se centra en habilidades para combatir estrés, ansiedad, perfeccionismo y procrastinación.

Chilled Plus Online: programa de 8 sesiones destinado a adolescentes (de 12 a 17 años) con síntomas ansiosos y depresivos. Formato individual y online (con seguimiento telefónico semanal) con acceso para jóvenes locales.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS

Objetivos de la rotación

Las actividades realizadas están enmarcadas principalmente en el ámbito de la investigación aunque también pude participar como observador en aspectos clínicos y asistenciales (la tabla 1 resume el cronograma de actividades semanal). En este sentido, los objetivos de la rotación eran los de desarrollar parte de mi actividad investigadora (tesis doctoral) centrada en aspectos básicos de la ansiedad en un centro especializado en este tipo de trastornos. Asimismo, considerando el marcado acento que el CEH pone en la investigación clínica, uno de los objetivos era poder vincularme a un proyecto que se desarrollara en el centro. Por último, otro propósito consistía en conocer como se articula la red comunitaria de atención a los trastornos de salud mental (en especial los trastornos de ansiedad en población infantojuvenil) en un contexto sociocultural diferente al habitual.

Actividad investigadora:

- Proyecto de investigación sobre la extinción en el laboratorio y la terapia de exposición

Uno de los motivos por los cuáles decidí realizar mi estancia en el CEH es que me permitía trabajar en mi proyecto de tesis (sobre procesos básicos de los trastornos de ansiedad) en un centro especializado en la materia. Este proyecto se inició en Barcelona (reclutamiento y fase experimental) y se finalizó en Sídney (análisis de datos e inicio de

redacción de artículos). A pesar de que el proyecto está supervisado por mis directores de tesis (de la Universidad Autónoma de Barcelona) pude contar con la colaboración en la fase de análisis de datos de algunos psicólogos del CEH.

El proyecto se basa en la conceptualización de los trastornos de ansiedad como disfunciones en la regulación de la respuesta de miedo y, más concretamente, de su extinción. La terapia de exposición (uno de los componentes principales en el tratamiento de estos trastornos) se considera una forma de entrenamiento de extinción. En general se ha asumido que las diferencias en el entrenamiento de la extinción predicen el resultado de la terapia de exposición, pero esta es una asunción que no se ha puesto a prueba experimentalmente.

Otro concepto que ha ganado reconocimiento en la investigación sobre el miedo/ansiedad durante los últimos años es el de control atencional. El control atencional es la capacidad cognitiva para regular la distribución atencional y es visto como un componente clave para la regulación emocional efectiva. La literatura previa ha asociado un bajo control atencional con dificultades en regulación emocional (Barry, Vervliet, & Herman, 2015), por lo que parece razonable postular también un vínculo entre las diferencias individuales en control atencional y la capacidad de regular a la baja (disminuir) las emociones negativas, incluyendo la capacidad de extinción del miedo.

Los objetivos del presente proyecto son: 1) estudiar la relación entre las diferencias individuales en el aprendizaje de la extinción en el laboratorio y la capacidad de extinguir el miedo durante la terapia de exposición; 2) estudiar la relación entre las diferencias individuales en control atencional y el aprendizaje de la extinción.

En este proyecto, 50 participantes (edad media = 21.51 años, desviación estándar = 2.93; 25 mujeres) con miedo a las arañas (personas con síntomas subclínicos pero sin

diagnóstico de trastorno mental) participaron en una sesión experimental de dos días consecutivos. Los participantes fueron reclutados de la Universidad Autónoma de Barcelona a través de un sistema web seguro y mediante anuncios. Durante el primer día realizaron un paradigma de aprendizaje del miedo (entrenamiento en adquisición y en extinción) así como la tarea atencional ANT-I (*Attentional Network Test for Interactions*) para medir el funcionamiento de las redes atencionales, en especial el control atencional. En el segundo día, realizaron la segunda fase del paradigma de aprendizaje del miedo (recuerdo de la extinción y renovación del miedo) y una terapia de exposición informatizada. Durante el paradigma de extinción del miedo y la terapia de exposición se registraron medidas fisiológicas (la actividad electrodermal y la respuesta de sobresalto potenciada por miedo) así como respuestas subjetivas.

Durante la estancia en el CEH pude analizar algunos de los datos del proyecto, pudiendo confirmar la primera hipótesis: la relación entre la extinción en el laboratorio y la reducción del miedo durante la terapia de exposición.

Se espera que los resultados del proyecto contribuyan a identificar componentes básicos del aprendizaje del miedo y el control atencional relacionados con la ansiedad patológica, lo que permitirá mejorar nuestro conocimiento sobre los trastornos de ansiedad y las decisiones clínicas relacionadas con el manejo de estos trastornos.

- Evaluación de la adherencia al programa

Durante los meses de la estancia (y unos meses después) colaboré en un estudio que tenía por objeto comparar dos ramas de tratamiento: una psicoterapéutica (*Cool Kids*) y otra combinada (*Cool Kids* + farmacoterapia). Para poder comparar ambas condiciones era necesario verificar que la aplicación del tratamiento psicológico se adhería al protocolo de intervención. Mi función fue la de visionar 10 tratamientos

grabados en video (10 sesiones de una hora de duración) y comprobar que seguían lo pautado para cada sesión. En cada sesión se registraban los siguientes aspectos:

- personas presentes (niños, madre y/o padre)
- se discuten en la sesión las tareas para casa programadas en sesión anterior (excepto en la primera sesión)
- se programan tareas para casa
- se establecen objetivos terapéuticos
- técnicas que se aplican en sesión (reestructuración cognitiva, exposición, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación, afrontar el acoso escolar, experimentos conductuales, pautas para padres)
- problemas que puedan afectar al programa (especificar)
- componentes inaceptables: abordar otros problemas que no sean el trastorno de ansiedad, trabajar otras técnicas (ya sean TCC o no), derivar a agentes externos.

Tras evaluar los 10 tratamientos pude concluir que la adherencia fue excelente, solo destacando en un par de sesiones leves problemas que podrían afectar al tratamiento que fueron correctamente gestionadas por los terapeutas (como ideación autolítica o leves alteraciones conductuales).

Actividad formativa:

- Formación en el tratamiento *Cool Kids*

Para poder realizar la evaluación de la adherencia al programa de tratamiento (descrito anteriormente) se consideró que debía estar formado en dicha intervención, así que realicé el *workshop* sobre *Cool Kids* que me acreditaba para esa función.

- Data meetings/Journal club

Una vez por semana el equipo se reunía con el objetivo de mantener a todos los miembros informados sobre los distintos proyectos que se desarrollaban. Estas reuniones facilitan la coordinación y participación entre los distintos profesionales y son una buena oportunidad para que aquellos que hacemos estancias cortas podamos colaborar con algún equipo. También son una excelente fuente de ideas, propuestas y consejos para aquellos que quieren iniciar un proyecto.

Estas reuniones se combinaban con otras llamadas *Translating Research into Practice*. Con un enfoque más clínico, se proponían distintos artículos centrados en la intervención de una patología desde distintas perspectivas. En la reunión se comentaban los artículos y se discutían las ventajas, inconvenientes y experiencias personales de cada intervención.

Actividad clínica-asistencial:

- Evaluación trastornos de ansiedad

Para el CEH la evaluación es una fase esencial dentro de todo el proceso de la intervención. Para aquellos niños y adolescentes con trastornos de ansiedad se utilizaba la *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM* (ADIS, Brown & Barlow, 2014), una entrevista semi-estructurada para diagnosticar trastornos de ansiedad y algunos otros trastornos relacionados de acuerdo con los criterios DSM. Se trata de una entrevista con excelente fiabilidad y validez convergente (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007) que administraban psicólogos en formación clínica (las entrevistas se grababan y se supervisaban) a los pacientes y sus padres durante 4 horas.

- Sesiones de supervisión

Por último, una de las actividades que me permitieron observar fue la de asistir a las sesiones de supervisión de casos. En el CEH, cada terapeuta tiene un responsable que va supervisando todos los casos de los que se encarga. La experiencia fue interesante porque te permite ver la intervención de los psicólogos más experimentados.

Tabla 1. Cronograma de actividades semanal

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9-12h	Proyecto <i>Cool Kids</i>	Proyecto <i>extinción</i>	Proyecto <i>Cool Kids</i>	Proyecto <i>extinción</i>	Proyecto <i>Cool Kids</i>
13-17h	Evaluaciones	Supervisiones	<i>Data meetings</i>	Evaluaciones	

4. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

Nuestro contexto es muy distinto del que conocí en el CEH por diversos motivos. La principal diferencia es que el CEH es un centro privado (aunque algunos pacientes pueden asistir de forma gratuita por la cobertura que hace en algunos casos el gobierno) que tiene una baja presión asistencial. Estas circunstancias favorecen el poder hacer investigación de calidad, evaluaciones extensas, sesiones de una hora de duración y con una frecuencia de una visita cada una o dos semanas o poder supervisar casos. Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, la población que se atiende es en su gran mayoría de un nivel socioeconómico medio/alto, un perfil que no acostumbramos a ver en sanidad pública y que afecta de forma considerable a la intervención. Los pacientes y las familias realizan un excelente cumplimiento terapéutico, suelen tener adecuados recursos y acostumbran a ser “muy trabajables”. Asimismo, las familias pueden ser muy exigentes, pero la actitud general es de motivación y predisposición.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias, muchos de los aspectos trabajados en el CEH se pueden aplicar en mayor o menor medida en nuestro contexto. Por ejemplo en las intervenciones a nivel grupal, donde si podemos disponer de sesiones semanales y en las que perfectamente se puede aplicar el *Cool Kids*. Uno de los aspectos más relevantes y que considero que podemos mejorar mucho en nuestro entorno es el de la investigación clínica. Se trata de aquella investigación aplicada que se basa en los pacientes con los que trabajamos y cuyos resultados determinarán e influirán en las intervenciones que desarrollaremos en un futuro también con nuestros pacientes. En nuestro día a día, clínica e investigación suelen estar poco relacionados, sin embargo lo que he podido experimentar en el CEH es todo lo contrario. Todos los pacientes que se tratan participan de alguna manera en algún proyecto y de los distintos estudios se sacan conclusiones que inmediatamente se aplican en nuevos tratamientos, como por ejemplo el número de sesiones, su duración, el grado de participación de los padres en la intervención, la combinación con psicofármacos, sesiones online o telefónicas, los componentes clave de un programa de intervención,...

Por último, un aspecto que también nos puede ayudar a mejorar en nuestro funcionamiento habitual es el de las supervisiones. Tolerar las sesiones grabadas o supervisiones más regulares son aspectos que deberíamos incluir como un elemento troncal en nuestra formación y práctica habitual.

5. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

A modo de conclusiones, la estancia realizada en el CEH me ha permitido ver otra manera de hacer y funcionar. Un modelo de trabajo que unifica intervención clínica e investigación en el que ambos se retroalimentan. Por otro lado, he conocido a fondo una intervención de reconocida evidencia como el *Cool Kids*, que es perfectamente

adaptable a nuestro entorno. Conocer otra cultura también es algo muy interesante y útil para la práctica clínica, pues te permite conocer otras maneras de funcionar y adquirir flexibilidad en nuestra manera de hacer.

Adaptarse a una cultura y un idioma distintos no siempre es fácil, aunque forma parte de la experiencia y al final puede resultar edificante. En este sentido, seguramente una de las principales dificultades vino por la complicación a nivel legal para poder participar de forma más activa en las actividades clínicas. En un país extranjero, sin realizar un proceso de homologación, ni la especialidad ni la licenciatura son aceptadas, de manera que no es posible visitar pacientes. Además, al tratarse de un contexto mayoritariamente privado también es difícil observar intervenciones. Sin embargo, a base de insistir pude observar algunas evaluaciones y visualicé (en vídeo) algunas intervenciones.

Las estancias en centros extranjeros que nos ofrece la formación PIR son una gran oportunidad a nivel profesional y una fantástica experiencia a nivel personal. En particular, considero que Australia es una gran opción para realizar esta estancia, por su clima, sus fabulosos paisajes, la gente y una lejanía que solo se puede disfrutar cuando uno no tiene las prisas de las vacaciones.

Para todos aquellos que estén dudando sobre la posibilidad de hacer una estancia de este tipo, no lo dudéis! Es un pequeño sacrificio a nivel económico pero una oportunidad que difícilmente volveremos a tener para conocer otras culturas y maneras de trabajar y vivir distintas a las nuestras.

6. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría aprovechar esta sección para agradecer a todo el equipo del *Centre for Emotional Health*, y en especial a Ron Rapee (por facilitar mi estancia en el centro),

a Melissa Norberg (por ofrecerme participar en varios proyectos) y a Barb Corapi (por gestionar todo el proceso y por su hospitalidad). Quería hacer también una mención especial a Cristina, por compartir esta inolvidable experiencia conmigo. Finalmente, dar las gracias a ANPIR por ayudarme a que esta experiencia sea un poco menos dolorosa para mi bolsillo.

7. REFERENCIAS

- Barry, T. J., Vervliet, B., & Herman, D. (2015). An integrative review of attention biases and their contribution to treatment for anxiety disorders. *Frontiers in Psychology, 6* (7), 1-15. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00968>
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine, 44*(1), 1–12. <http://doi.org/10.1017/S0033291713003243>
- Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., Clifford, S., & Wake, M. (2011). The Cool Little Kids randomised controlled trial: population-level early prevention for anxiety disorders. *BMC Public Health, 11*(1), 11. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-11>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5), Client Interview Schedule* (1ª Ed.). Boston: Oxford.
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales* (1ª Ed.). Madrid: Pirámide.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837–844. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>

- Fineberg, N. A., Haddad, P. M., Carpenter, L., Gannon, B., Sharpe, R., Young, A. H., ... Sahakian, B. J. (2013). The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of Psychopharmacology*, 27(9), 761–70. <http://doi.org/10.1177/0269881113495118>
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bovopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 533–44. <http://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c2401>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(2), CD004690. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub3>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <http://doi.org/62/6/593> [pii]r10.1001/archpsyc.62.6.593
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 731–736. <http://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a09>
- Morgan, A. J., Rapee, R. M., Tamir, E., Goharpey, N., Salim, A., McLellan, L. F., & Bayer, J. K. (2015). Preventing anxiety problems in children with Cool Little Kids Online: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 1–9. <http://doi.org/10.1186/s13063-015-1022-5>

8. REFERENCIAS ESENCIALES EN CASTELLANO

- Amorós, M. O., Carrillo, X. M., Alcázar, A. I. R., Saura, C. J. I., Inglés Saura, C. J., Méndez Carrillo, F. J., ... Rosa Alcázar, I. A. (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. <http://doi.org/10.6018/27661>
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales* (1ª Ed). Madrid: Pirámide.
- García, J. M., Inglés, C. J., Martínez, M., & Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y adolescencia. *Psicología Conductual*, 16(3), 413–437.
- Kendall, P. C., & Kosovsky, R. P. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños, manual para el terapeuta* (1ª Ed). Buenos Aires: Akadia.
- Lyneham, H. J., Wignall, A., & Rapee, R. M. (2012). *Programa de chicos con temple. Manual para el terapeuta* (2ª Ed). Sydney: Center for Emotional Health, Macquarie University.