



**Universidad
Europea** MADRID

Caso Clínico: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas de ansiedad infantil

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Eva García Matilla

Tutor/as: Esther Legorgeu
y Concepción Serrador Díez

Fecha de realización del trabajo

28 de febrero de 2022

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente de 11 años diagnosticada de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con sintomatología ansiosa. La paciente acude desde el servicio de neuropediatría diagnosticada de TDAH y siendo medicada para este trastorno, acude a consulta a un gabinete privado refiriendo altos niveles de ansiedad y dificultades de aprendizaje. A través de la evaluación se detectan conductas ansiosas, pensamientos rumiativos y anticipatorios, así como, dificultades respiratorias, dolores de cabeza y dolores de estómago, además de ritmo cardíaco acelerado. El objetivo de este Trabajo Fin de Máster es analizar el efecto que tiene la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la sintomatología ansiosa, diferentes estudios han mostrado altos niveles de eficacia para la intervención de estos síntomas. Los objetivos del tratamiento son abordados desde diferentes técnicas como son la psicoeducación, la respiración diafragmática, la reestructuración cognitiva y la exposición, por otro lado, el plan terapéutico incluye evaluación y trece sesiones de tratamiento de los objetivos acordados por la paciente y el terapeuta. Pese a no haber finalizado la intervención se han obtenido cambios cualitativamente significativos en muchos de los objetivos fijados, así como en aspectos de su vida cotidiana, aunque no todos los objetivos se han podido lograr.

Palabras clave: TDAH, Ansiedad infantil, terapia cognitivo-conductual

Abstract

This study presents the case of an 11 years old patient diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder with anxious symptoms. The patient came from the pediatric neurology service diagnosed with ADHD and being medicated for this disorder, she went to a private clinic referring high levels of anxiety and learning difficulties. Through the evaluation, anxious behaviors, ruminative and anticipatory thoughts are detected, as well as respiratory difficulties, headaches and stomach pains, as well as accelerated heart rate. The objective of this Master's Thesis is to analyze the effect of cognitive behavioral therapy in the treatment of anxious symptoms, different studies have shown high levels of efficacy for the intervention of these symptoms. The objectives of the treatment are set from different techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, cognitive restructuring and exposure, on the other hand, the therapeutic plan includes evaluation and thirteen treatment sessions of the objectives agreed by the patient and the therapist. Despite not having completed the intervention, qualitatively significant changes have been

obtained in many of the objectives set, as well as in aspects of her daily life, although not all the objectives have been achieved.

Keywords: ADHD, childhood anxiety, cognitive-behavioral therapy

Índice

1. Introducción	5
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	5
Etiología.....	6
Prevalencia.....	8
Tratamiento.....	8
Comorbilidad	9
Trastorno de ansiedad	10
Etiología.....	11
Tratamiento.....	12
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3. Estrategias de Evaluación	14
4. Formulación clínica del caso.	17
Resultados pruebas psicométricas.....	17
Historia y desarrollo del problema.....	21
Hipótesis de origen	23
Hipótesis de mantenimiento.....	24
Análisis secuencial.....	24
Objetivos terapéuticos.....	26
5. Tratamiento	26
Descripción de las técnicas	27
Sesiones	29
6. Valoración del tratamiento	35
Adherencia al tratamiento	35
Consecución de objetivos	36
7. Discusión y conclusiones	39
8. Referencias bibliográficas	44
9. Anexos	54
Anexo A: Técnica de psicoeducación: ejemplo ansiedad.....	54
Anexo B: Juegos respiración diafragmática.....	55
Anexo C: Ejemplo modelo ABC	56
Anexo D: Ejemplo registro modelo ABC	57
Anexo E: Autorregistro.....	58
Anexo F: Lista de autoverbalizaciones	60
Anexo G: Ejemplo autoverbalizaciones.....	61

1. Introducción

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Para definir el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como hoy en día se lo conoce es necesario conocer la historia que la antecede. Una de las primeras personas en hacer una descripción científica del trastorno es George Still (1902), quien vincula la hiperactividad con ciertos problemas conductuales y de aprendizaje. Este médico aseguraba que las manifestaciones de los síntomas no tenían relación con la educación que recibían los niños, sino que dichas manifestaciones se producían debido a un trastorno neurológico en el cual la herencia poseía un papel fundamental (Guerrero, 2016). Este hallazgo fue apoyado por Bradley (1937) quien descubrió que ciertos derivados de anfetaminas producían efectos en la atención y en el comportamiento de niños hiperactivos (González y Villamizar, 2010). Por ende, dicho descubrimiento secundaba la idea de que el TDAH tenía un origen orgánico.

Pero no es hasta 1968 cuando aparece como categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 2º edición (DSM-II) (American Psychiatric Association, 1968) con el nombre de trastorno hipercinético impulsivo. A partir de entonces se comienza a dar importancia a los aspectos cognitivos, centrándose en los procesos básicos y superiores afectados en los pacientes con TDAH y no solo considerando los aspectos conductuales como se venía haciendo (Guerrero, 2016).

Virginia Douglas (1972) afirmaba que el problema de los niños hiperactivos no era la actividad excesiva, sino la imposibilidad de sostener la atención. Los trabajos de Douglas tuvieron gran poder en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), ya que el diagnóstico se centra en las dificultades de atención y no tanto en los problemas de conducta, tanto es así que en dicho manual aparece el TDAH como una subcategoría del trastorno por déficit de atención TDA (Guerrero, 2016).

La Asociación Americana de Psiquiatría publica en 1994 el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), en dicho manual el TDAH se divide en tres subtipos: predominantemente inatento, hiperactivo-impulsivo o combinado. Con esta clasificación se reconoció el déficit de atención sin necesidad de presentar síntoma de hiperactividad (Carboni, 2011).

Tras haber sido asignado multitud de definiciones, una de las que más se acerca a lo que actualmente se conoce como TDAH es la especificación que da Barkley (2002), quien sostiene que el TDAH es un trastorno neuroconductual que impide al niño mantener la atención, seguir instrucciones, o tener la capacidad para organizarse. Pudiendo generar problemas en la inhibición de la conducta o en tareas cognitivas entre otros muchos síntomas. Esta definición se puede ver reflejada en los criterios diagnósticos que fueron propuestos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) sin grandes diferencias con respecto a su antecesor el DSM-IV.

Etiología

La etiología del TDAH es multifactorial, es decir, los aspectos biológicos interaccionan entre sí junto con factores ambientales dando lugar al trastorno (Herreros et al., 2002).

Respecto a los factores neuroquímicos Quintero y Castaño de la Mota (2014) afirman la existencia de una desregularización de los neurotransmisores, especialmente de la dopamina y la noradrenalina. A grandes rasgos las vías implicadas en las manifestaciones de hiperactividad e impulsividad serían las vías mediadas por la dopamina, en cambio las dificultades atencionales, motivacionales y de aprendizaje de nuevas habilidades estarían reguladas por las vías de la noradrenalina (Ramos-Quiroga et al., 2013).

En relación con los factores neuroanatómicos, a través de las técnicas de resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones (PET) se han podido ver diferencias en el

volumen de ciertas estructuras cerebrales, concretamente en áreas de la corteza prefrontal, los ganglios basales y cerebelo (Del Río, 2014; Ramos-Quiroga et al., 2013).

Los factores genéticos han demostrado ejercer una fuerte influencia en el TDAH, estimando un 70% de heredabilidad (Faraone et al., 2002). Se ha observado la existencia de variaciones genéticas relacionadas con la regulación de la dopamina y la noradrenalina, sustancias implicadas en la atención, el autocontrol y la inhibición motora (Eiris, 2014).

Los aspectos ambientales tienen gran relevancia en este trastorno ya que es la interacción de todos estos factores junto con los ambientales lo que modula la expresión de los factores de riesgo (Folgar, 2016). Dentro de las variables que pueden influir en la aparición del trastorno son: los trastornos psiquiátricos de los padres, el clima de la familia, adopciones, relaciones negativas entre padres e hijos o el nivel socioeconómico (Casajús, 2009).

Investigaciones también han demostrado que existe una relación entre el TDAH y el tipo de apego (Thorell et al, 2012). Aquellos niños que presentan este trastorno igualmente tienden a mostrar un apego inseguro con sus madres (García e Ibáñez, 2007). Además, se ha visto que se manifiestan dos tipos de patrones de apego: un patrón ambivalente-ansioso y un patrón determinado por la desorganización (Stiefel, 1997). García e Ibáñez (2007) en su estudio encontraron que los niños con TDAH presentaban más tasa de apegos inseguros que los encontrados en población no clínica, asimismo relacionado con el tipo de apego inseguro afirman la existencia de mayores porcentajes de apego desorganizado (35%) frente a un 17,6% del evitativo y ambivalente.

Otro de los aspectos implicados en el TDAH es la falta de capacidad de regulación emocional (Spencer et al., 2011; Villemonteix et al., 2014), también encontrada en otros trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada (Esbjörn et al., 2012). Otras investigaciones han demostrado que el desarrollo de las funciones ejecutivas correlaciona con el desarrollo de las habilidades de regulación emocional (Carlson y Moses, 2001; Carlson y

Wang, 2007), Blair y Diamond (2008) señalan la existencia de una relación bidireccional entre ambas variables.

Prevalencia

Se estima que entre el 5% y el 10 % de la población global presenta trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Quintero et al., 2009). En España hay pocos estudios en relación con la prevalencia, pero se ha encontrado que alrededor del 6,8% de la población presenta TDAH (Catalá-López, et al., 2012). Estas estimaciones varían según las escalas diagnósticas que se utilicen, las fuentes de información o las particularidades socio-culturales de la población (Eiris, 2014).

Con respecto al género se ha visto que el subtipo de TDAH combinado se encuentra más en los varones, mientras que el subtipo inatento se manifiesta más en mujeres, esto puede provocar que los síntomas pasen desapercibidos en ellas y por tanto el diagnóstico llegue tarde o nunca (Eiris, 2014). Por ello muchos estudios afirman que la prevalencia en varones es mayor que en mujeres (Catalá-López, et al., 2012). Estas diferencias en relación al sexo cambian en la edad adulta, ya que son menos marcadas (Biederman, 2005).

Tratamiento

El tratamiento para el TDAH ha de ser individual y multidisciplinar, ya que se ha de incluir tanto al niño como a la familia (Folgar, 2016). Se han demostrado eficaces tres formas de intervención: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico o la combinación de ambos.

Para el tratamiento farmacológico se han demostrado eficaces los fármacos estimulantes y los no estimulantes (Eiris, 2014). Los fármacos estimulantes son los más utilizados debido a su gran eficacia y seguridad siendo el metilfenidato uno de los más usados actualmente en España (Castro et al., 2005). Sin embargo, se ha visto que muchas personas no toleran estos fármacos ya sea por sus efectos secundarios o por la falta de eficacia, por lo que

se administra fármacos no estimulantes siendo la atomoxetina uno de los más usados en España (Soutullo y Álvarez-Gómez, 2013).

En el tratamiento no farmacológico la intervención ha de ser a nivel individual, familiar y en el ámbito escolar (Vasconcelos et al., 2018). La terapia cognitivo conductual es el procedimiento donde mayores niveles de eficacia se han encontrado, con dicha orientación se tienen en cuenta los diversos ámbitos con los que tiene relación el niño, además de la intervención con el propio niño (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009). Siendo el entrenamiento conductual a padres y profesores, la modificación de conducta y el entrenamiento en habilidades sociales, las intervenciones con gran eficacia (Barkley, 2002; Raggi y Chronis, 2006).

A partir de la teoría que expone Barkley (2002), la cual defiende que unos de los principales problemas que presentan los pacientes con TDAH es la incapacidad de poder inhibir conductas. Una de las técnicas más usadas dentro de la orientación cognitivo conductual para mejorar los problemas de conducta es el entrenamiento en comunicación y manejo de conductas propuesto por Barkley (2002), la cual ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes (Greco y Eifert, 2004).

Comorbilidad

El TDAH a menudo se muestra coexistiendo con otros trastornos psiquiátricos (Carboni, 2011). Taurines et al. (2010) observaron que el 73% de los adolescentes que presentaban TDAH también tenían comorbilidad con uno o más trastornos.

Entre los trastornos que tiene comorbilidad con el TDAH se encuentran los trastornos de conducta, el trastorno de ansiedad, las dificultades de aprendizaje o el trastorno negativista desafiante (Eiris, 2004; Tannock, 1998; Yoshimasu et al., 2012).

Carboni (2011) afirma que el 25 % de la población que sufre TDAH presenta un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son el trastorno de ansiedad

generalizado, ansiedad por separación, fobias y fobia social (Villalobos et al., 2004). Además, se ha demostrado que presentar TDAH comórbido con ansiedad implica mayor gravedad clínica, así como niveles bajos de autoconcepto y autoestima (Cañamero et al., 2021; Schatz y Rostain, 2006).

Trastorno de ansiedad

La ansiedad es una emoción que aparece como una señal de alarma que advierte de la existencia de algún peligro (Parrado, 2008), prepara al individuo para enfrentarse a la amenaza o para huir, por lo que es considerada una emoción adaptativa (Cárdenas et al., 2010).

Cuando es excesiva provoca problemas en la vida cotidiana, manifestándose a través de preocupación excesiva, evitación o inseguridad, entre otros (Cárdenas et al., 2010; Parrado, 2008). Además, se han encontrado quejas somáticas como sudores, tensión muscular, dolores de estómago, problemas digestivos, problemas de respiración, entre otros (Salaníc, 2014).

Se ha visto que uno de los problemas psicológicos más frecuentes que se encuentran en la infancia y la adolescencia son los síntomas y trastornos de ansiedad (Suárez et al., 2009). La prevalencia encontrada en la población infantil se localiza en torno a un 12,3% mientras que para la población adolescente se encuentra alrededor de un 11% (Costello et al., 2005).

Debido a la alta prevalencia encontrada es necesario establecer una prevención temprana que permita abordar la aparición de trastornos, como la ansiedad crónica y el trastorno depresivo, o problemas de abuso de sustancias (Sottani et al., 2014). La ansiedad desmedida puede alterar el comportamiento del niño cuando está con sus iguales o adultos o reducir la capacidad de realizar actividades propias de la edad del niño, pudiendo provocar problemas de comportamiento y problemas para la realización de tareas escolares (Salaníc, 2014).

Los criterios para diagnosticar el trastorno de ansiedad infantil son los mismos que para un adulto (American Psychiatric Association, 2013). La ansiedad generalizada es caracterizada

por miedo excesivo y preocupación constante, intensa e incontrolable sobre diversos temas de la vida cotidiana y que están presentes casi todos los días durante al menos 6 meses (American Psychiatric Association, 2013). Estos síntomas también se pueden ver junto con síntomas físicos, como, por ejemplo, dolores musculares, mareos o taquicardia, entre otros muchos (Garay et al., 2019).

Según Bados (1998) los niños y adolescentes son los grupos de personas que presentan más trastornos comórbidos del trastorno de ansiedad generalizada, entre dichos trastornos se encuentran los trastornos depresivos, la fobia social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Sandín, 1997).

Etiología

Respecto a la etiología del trastorno de ansiedad generalizada existen dos tipos de factores, biológicos y ambientales. En cuanto a los aspectos biológicos se ha visto que los factores genéticos tienen gran influencia en el desarrollo de la ansiedad (Gold, 2006), además dentro de estos factores se ha demostrado que existe una disfunción de distintos sistemas de neurotransmisores, concretamente de la dopamina y la serotonina, involucrados en la regulación del estado del ánimo y el comportamiento (Cárdenas et al., 2010).

Los factores ambientales involucrados en la ansiedad infantil son: la estructura y la dinámica familiar, el tipo de apego, el estilo educativo, la psicopatología materna, acontecimientos vitales estresantes y el aprendizaje (Choi et al., 2020; Comín, 2012; Newcomb et al., 2007; Norris et al., 2019).

Aquellos problemas que son generados dentro del ámbito familiar a causa de un desorden familiar, negligencia o separación pueden ser importantes activadores de ansiedad infantil, (Choi et al., 2020), afectando al proceso de aprendizaje del niño (Newcomb et al.,

2007). Además, se ha visto que la psicopatología que puedan presentar los padres junto con un desorden familiar puede aumentar la ansiedad en los jóvenes (Norris et al., 2019).

Con relación al apego, según Comín (2012), una vez que se ha creado un apego inseguro se puede observar una conducta ansiosa por parte del niño. Holmes (2009) por su parte afirma que los tipos de apego inseguro que tienen más relación con la ansiedad infantil son el apego evitativo y el apego ansioso-ambivalente.

Tratamiento

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad se emplean tanto tratamientos farmacológicos como tratamientos psicológicos. La intervención ha de ser multimodal, es decir intervenir desde todos los ámbitos en los que se relaciona el niño, así como, con el propio niño, teniendo en cuenta los factores de riesgo, los estresores ambientales, la comorbilidad, la edad y el sistema familiar (Cárdenas et al., 2010).

En el tratamiento farmacológico se ha demostrado que uno de los fármacos con mayor eficacia son los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y el tratamiento varía según las características de los pacientes, el trastorno de ansiedad diagnosticado o la comorbilidad (Ruiz y Lago, 2005). El tratamiento farmacológico es recomendado usarlo junto con intervenciones psicosociales, terapia individual y familiar (Cárdenas et al., 2010).

Para el tratamiento de la ansiedad infantil se ha visto que los tratamientos que se abordan desde una perspectiva cognitivo conductual indican mayor evidencia empírica (Sawyer y Nunez, 2014). Dentro de la terapia cognitivo conductual las técnicas con mayor eficacia son: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposiciones, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, así como técnicas de respiración diafragmática (García et al., 2021; James et al., 2020). Otra de las estrategias que también han demostrado su eficacia es brindar apoyo a los padres de niños con ansiedad guiándoles para que puedan abordar los diferentes problemas que presentan estos niños (Thirlwall et al., 2013).

La terapia cognitivo conductual implica que el paciente reconozca los síntomas de ansiedad, así como las somatizaciones, es importante que identifique los pensamientos que provocan la ansiedad para poder modificar esas cogniciones y desarrollar habilidades de afrontamiento (James et al., 2020). Una de las técnicas clave para el tratamiento de este trastorno es la exposición, el paciente debe exponerse a los miedos a través de una jerarquía que va aumentando gradualmente, esta técnica se puede aplicar junto con estrategias de entrenamiento conductual como el modelado o juego de roles (James et al., 2020; Silverman y Kurtines, 1996).

En el presente Trabajo de Fin de Máster se va a exponer la evaluación y tratamiento de una niña de 11 años, la cual presenta un diagnóstico de TDAH. Dicha paciente acude a la consulta privada derivada de la Seguridad Social ya que presenta niveles altos de ansiedad y problemas de aprendizaje.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

C. es una niña de 11 años nacida en Madrid, España. Estudiante de 5º de primaria en un colegio de Madrid capital. Actualmente vive con sus padres y hermano de 19 años, diagnosticado de TDAH.

Tanto los padres como la propia paciente acuden a consulta refiriendo dificultades de aprendizaje y problemas de ansiedad. C. ha sido diagnosticada de TDAH por parte del neuropediatra de la Seguridad Social, recibiendo tratamiento farmacológico (Stratera 18mg 1-0-0). Los padres refieren que sin dicho tratamiento se hace imposible realizar las tareas escolares.

En relación a la historia evolutiva de la paciente, los padres informan que la gestación fue natural y el embarazo transcurrió con normalidad. En cuanto a hitos evolutivos la paciente comenzó a controlar esfínteres alrededor de los 2 años, comienzo de la ambulación

independiente en torno a los 13 meses. La adquisición del lenguaje fue a los 3 años, aunque se comunicaba muy bien con gestos. No ha tenido problemas con la comida, aunque come poca cantidad, esto puede ser debido a la medicación ya que tiene más apetito a partir de las 18:00h.

Respecto al sueño, presenta distintos inconvenientes por lo que continúa en tratamiento en la Unidad del Sueño en un hospital madrileño con un posible diagnóstico de piernas inquietas. Presenta problemas a la hora de conciliar el sueño, pero no para mantenerlo, aunque se presenta adormecida y con mala actitud por las mañanas.

Algunas de las conductas que C. manifiesta ante situaciones que percibe como estresantes, se encuentra la tensión muscular, agarra fuertemente de la mano al otro, se agita, cierra el puño y se clava las uñas en la palma, aunque en el colegio parece mostrar un mayor control conductual.

En cuanto a las relaciones con sus iguales se muestra tímida al inicio, pero más adelante puede desarrollar con ellos un buen vínculo, que le permite tener amigos cercanos. Le gusta mucho jugar, es muy cuidadosa y obsesiva, pide que le digas las cosas de una forma determinada. Expresa cariño de una forma excesivamente intensa, tales muestras de afecto solo las realiza dentro de casa.

En relación a la historia educativa, asistió a la escuela con dos años y medio con una mala adaptación ya que no quería permanecer en ella. Presentaba dificultades para hacerse entender y mostraba gran obsesión hacia el adulto, sobre todo con su figura materna. A los tres años fue al colegio en el cual continua actualmente, presentó problemas para la lectura, aunque hasta el momento ha aprobado todas las asignaturas.

3. Estrategias de Evaluación

La valoración se lleva a cabo a través de entrevista abierta con los padres y la propia paciente de manera independiente. Esta evaluación se realiza al principio de la terapia cuando

acuden a consulta derivados del servicio de neuropsiquiatría de la Seguridad Social. Primero se realiza la entrevista abierta con los padres y en otra sesión se realiza la entrevista abierta con la paciente y se procede a la administración de las pruebas psicométricas. Durante la evaluación C. muestra tranquilidad y una actitud colaboradora, tiene interés por las tareas y expresa comentarios espontáneos. No tiene síntomas de fatiga, ni desinterés, ni exceso de actividad motora durante la evaluación.

Para la evaluación de C. se han administrado una serie de pruebas: La escala de Inteligencia de Wescheler para niños (WISC-V), el test de realidad virtual para la valoración de la atención (AULA), el test de Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas para Niños (ENFEN), test de Evaluación de los procesos de escritura (PROESC), test de Evaluación de los procesos lectores (PROLEC-R), test de Evaluación de las matemáticas (EVAMAT), Test de Evaluación de la Memoria y Aprendizaje (TOMAL), Test de Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva (BRIEF-2) y la Batería de Evaluación de la Conducta para niños y adolescentes (SENA).

Dada a la limitación de este trabajo se va a centrar la atención en tres de las pruebas realizadas en la evaluación, AULA (Climent y Banterla, 2011), BRIEF-2 (Gioia et al., 2015 adaptado por Maldonado et al., 2017) y SENA (Fernández-Pinto et al., 2015). A través de estas pruebas psicométricas se puede obtener resultados acerca del comportamiento de la paciente, a través de los padres, profesores y la propia niña. Hay que destacar que los problemas en el comportamiento pueden causar dificultades en otras áreas, como puede ser el aprendizaje y por tanto es importante tenerlo en cuenta en los resultados de la evaluación para luego poder abordar una buena intervención.

Con relación a las propiedades psicométricas de la prueba SENA se ha encontrado una fiabilidad satisfactoria siendo fiable considerar al niño como informante de los comportamientos interiorizados y a los padres y profesores informantes de los

comportamientos externalizantes. Respecto a la validez se ha encontrado en general un valor satisfactorio en todas ellas. Por lo que a través de estos datos se puede afirmar que los resultados apoyan el uso del SENA para los fines para los que fue creado (Fernández-Pinto et al., 2015).

En lo referente a las propiedades psicométricas que se han encontrado en el test BRIEF-2 los coeficientes de fiabilidad encontrados han sido consistentemente altos, con relación a la validez han mostrado también resultados satisfactorios, estos resultados han sido obtenidos a partir del contenido, de la estructura interna, de la relación con otras medidas similares y de su análisis en distintos grupos clínicos (Maldonado et al., 2017).

Por último, las pruebas psicométricas encontradas en el test AULA demuestran una alta fiabilidad y consistencia interna, así como también una alta validez tanto de contenido como en la estructura interna (Climent y Banterla, 2011).

Con dichas pruebas se pretende detectar los posibles diagnósticos de los trastornos de la atención (Climent y Banterla, 2011), así como evaluar los aspectos cotidianos, conductuales y observables de las funciones ejecutivas y la detección de los problemas emocionales y de conducta, así como factores protectores que pueda tener la paciente evaluada (Fernández-Pinto et al., 2015; Maldonado et al., 2017).

Para la valoración del tratamiento se pretende analizar los resultados a través de un análisis cuantitativo con las mismas pruebas aplicadas al inicio de la intervención. Esta valoración se realizará en el momento que acabe la intervención con la paciente. Con ello se pretende analizar si se han producido cambios significativos en aquellas escalas en las cuales existían resultados desadaptativos.

4. Formulación clínica del caso.

Resultados pruebas psicométricas

A continuación, se van a presentar los resultados obtenidos en la evaluación inicial de C. a través de las pruebas psicométricas anteriormente expuestas.

Los índices globales del comportamiento se refieren a las capacidades para gestionar y modular los pensamientos, la atención y las conductas relacionadas en la resolución de problemas, además de la capacidad de gestión y modulación de los estados internos de emoción y conductas relacionadas, así como, de la capacidad para gestionar y modular su comportamiento. A nivel global se ha encontrado que desde el ámbito familiar es donde se detectan las principales dificultades relacionados con los problemas conductuales, en concreto problemas de conducta leve y problemas emocionales significativos, estos resultados obtenidos por la familia también los confirma la paciente. Por parte del ámbito escolar no refieren dificultades en ningún ámbito.

A través de las pruebas psicométricas AULA y SENA se puede analizar los comportamientos externalizados que consisten en un conjunto de estilos de conducta y trastornos caracterizados por dificultades en el control de la autorregulación cognitiva, emocional y social. Dentro de estos comportamientos externalizados se incluye la conducta de autorregulación, los resultados obtenidos a través de la prueba de realidad virtual para la valoración de la atención (AULA) indican un nivel de ejecución normal, independientemente del tipo de tarea y de la presencia o no de distractores. A través de la prueba SENA también se ha analizado la autorregulación conductual, esto se valora por la presencia de comportamientos hiperactivos o impulsivos, agresivos, desafiantes o de control de la ira. A través de la Tabla 1 se puede observar como la familia informa de un nivel alto de hiperactividad, así como dificultades para el control de la ira y algunos problemas leves de comportamientos desafiantes, mientras que el grado de asertividad tanto en las conductas físicas como verbales es normal.

También a través de la Tabla 1 se puede ver como desde el ámbito educativo no se percibe ninguna dificultad de comportamiento. La paciente refiere tener problemas significativos en este ámbito, tanto en dificultades emocionales como en dificultades conductuales, ha mostrado resultados similares a los referidos por la familia.

Tabla 1

Problemas externalizantes de C.

Función/proceso	Pruebas/Índices	Muy bajo	Bajo	Mediobajo	Medio	Medioalto	Alto	Muy alto
Regulación del movimiento (AULA)	Actividad motora total				Pt=56			
	Actividad motora sin distractores				Pt=54			
	Actividad motora con distractores				Pt=58			
	Actividad motora tarea sobrecarga				Pt=52			
	Actividad motora tarea monótona				Pt=58			
Regulación emocional (SENA)	Problemas de regulación emocional padres		Pt=76					
	Problemas de regulación emocional profesores				Pt=54			
	Problemas de regulación emocional autoinforme	Pt=83						
Problemas de conducta (SENA)	Conducta hiperactiva padres		Pt=77					
	Conducta hiperactiva profesores				Pt=44			
	Conducta hiperactiva autoinforme		Pt=72					
	Agresividad padres				Pt=43			
	Agresividad profesores				Pt=45			
	Agresividad autoinforme				Pt=56			
	Problemas control ira padres		Pt=75					
	Problemas control ira profesores				Pt=44			
	Problemas control ira autoinforme	Pt=81						
	Problemas de conducta desafiante padres				Pt=60			
Problemas de conducta desafiante profesores				Pt=45				
Problemas de conducta desafiante autoinforme				Pt=68				

Nota: Pt=Puntuación típica

Mediante la Bateria de Evaluación de la Conducta para niños y adolescentes (SENA) se ha podido analizar los comportamientos internalizados, estos comportamientos se caracterizan por una afectividad o sentimientos negativos, a veces se relacionan con sensaciones de amenaza y preocupaciones reiterativas. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 2. Los niveles de ansiedad, que se expresan a través de preocupación excesiva, miedos, fobias y otros, han mostrado dificultades para todos los informantes. También se ha encontrado quejas somáticas, reflejo de un nivel alto de ansiedad. Respecto a la ansiedad social (relacionada con la inseguridad y temor en las relaciones con los demás) manifiesta presencia para los padres y para la paciente, pero no para los profesores.

Los niveles de depresión es un estado caracterizado por síntomas de desánimo, falta de iniciativa, culpa y baja autoestima. Los resultados obtenidos dentro del ámbito familiar son moderados, mientras que para los profesores no existen dichos problemas.

Respecto a la rigidez (inflexibilidad cognitiva y dificultades para adaptarse a los cambios y ponerse en el lugar del otro) los resultados en relación al ámbito educativo reflejan valores normales, mientras que para la familia se encuentran dificultades significativas.

En relación con la sintomatología postraumática, C. informa de dificultades relacionadas con la presencia de imágenes desagradables que le recuerdan a cosas que le han pasado. En la batería (SENA) aparecen ciertos ítems críticos asociados con el riesgo de autolesión, sensación de alerta y alteraciones del pensamiento, la paciente informa que a veces se siente en peligro, que las cosas que hay a su alrededor son irreales y extrañas, que se ve a sí misma desde fuera, como en una película. También informa que en ocasiones piensa que su vida no tiene sentido y aunque pocas veces también piensa que quiere morir, esto también es observado por los padres, que además refieren que está muy nerviosa sin motivo aparente y se lesiona a sí misma.

Tabla 2*Problemas internalizantes de C.*

Función/proceso	Pruebas/Índices	Muy bajo	Bajo	Mediobajo	Medio	Medio Alto	Muy alto
Ansiedad (SENA)	Ansiedad padres*	Pt=87					
	Ansiedad profesores*			Pt=62			
	Ansiedad autoinforme*	Pt=84					
	Ansiedad social padres*		Pt=78				
	Ansiedad social profesores*			Pt=62			
	Ansiedad social autoinforme*	Pt=82					
	Quejas somáticas padres*	Pt=95					
	Quejas somáticas profesores*				Pt=44		
	Quejas somáticas autoinforme*		Pt=78				
	Depresión (SENA)	Depresión padres*		Pt=71			
Depresión profesores*					Pt=43		
Depresión autoinforme*			Pt=75				
Rigidez (SENA)	Padres*	Pt=87					
	Profesores*				Pt=51		
Aislamiento (SENA)	Padres*				Pt=57		
	Profesores*				Pt=45		
Sintomatología postraumática (SENA)	Autoinforme*	Pt=80					

Nota: Pt=Puntuación típica; *Esta puntuación es inversa

Además, en la prueba psicométrica SENA refieren desde el ámbito familiar comportamientos ligeramente inusuales, en este caso la familia informa que muchas veces duerme mal. Desde el ámbito escolar no refieren ningún comportamiento inusual.

Las conductas adaptativas son aquellas habilidades prosociales, organizativas y otras de carácter adaptativo que implican recursos personales para ajustarse a los contextos habituales y de resistencia ante situaciones conflictivas. Para la obtención de resultados se han analizado los resultados obtenidos en el SENA.

Dentro de las conductas adaptativas respecto al nivel de integración y competencia social los resultados obtenidos desde el ámbito familiar indican un nivel bajo mientras que para

los profesores y la propia paciente se sitúan en niveles normal-alto. Respecto a la inteligencia emocional (capacidad para comprender las emociones tanto propias como las de las demás y que orientan los pensamientos y la conducta para ajustarse a las situaciones) los resultados indican niveles normales tanto en el ámbito familiar como escolar. La motivación hacia los aprendizajes se estima a través de la disposición hacia el estudio, obteniendo resultados normales-bajos para los padres y normales para los profesores. Respecto a la autoestima informada por C. los resultados reflejan una buena autoestima. En consideración a los contextos de desarrollo la paciente refiere ciertos problemas respecto a la adaptación en el contexto familiar, escolar y el contexto social, pero no en lo referido a las relaciones con los compañeros con los cuales presenta mejor adaptación, siendo un factor protector para C.

En conclusión, se puede afirmar que, a nivel conductual y socioemocional, la paciente presenta cierto desajuste, en especial para el ámbito familiar, ya que refieren la presencia de problemas en la regulación conductual, como conductas hiperactivas y desafiantes, al igual que en la regulación emocional presenta sintomatología ansioso-depresiva, somatización, ansiedad social y una elevada rigidez. Desde el ámbito escolar, los profesores indican dificultades leves debidas a la ansiedad. Por parte de la paciente confirma los problemas comportamentales y emocionales presentando sintomatología postraumática y sintomatología obsesivo-compulsiva. Para C. el contexto social es un factor protector presentando una adecuada integración y competencia social.

Historia y desarrollo del problema

Los progenitores de la paciente se sometieron a varios intentos para tener un hijo, tras diversos intentos consiguen quedarse embarazados de C. siendo una niña muy esperada.

La madre de la paciente después del nacimiento de C. vuelve a tener una ilusión y un objetivo que es cuidar a su bebe, pasan mucho tiempo juntas madre e hija.

Mientras tiene que cuidar de C. también tiene que lidiar con los problemas que se le plantean con su otro hijo. El hermano de la paciente presenta dificultades sociales, apego dependiente con amigos y muy impulsivo, los padres piensan que es un problema de conducta, pero es diagnosticado de TDAH. Este diagnóstico no es bien recibido por la madre ya que hace que se sienta insegura con el espacio que había construido con su hijo. La madre en ese momento vuelca todos sus cuidados en su hija C., siendo una madre sobreprotectora con la paciente.

La madre tiene un diagnóstico de trastorno de ansiedad desde hace años careciendo de herramientas de regulación emocional y presentando un apego dependiente con ambos hijos.

Cuando nace la paciente los padres no tienen vida en pareja, no disponen de tiempo de ocio con sus amigos, todo se reduce a una atmósfera familiar, siempre están los tres (madre, padre y C.), la madre no sale sola si no es con su hija.

Cuando C. comienza a ir a consulta se observa un grave problema en la pareja, el padre está preocupado por dicha situación ya que la madre no busca realizar actividades solas, la madre se siente desilusionada con el tipo de vida que ha elegido, se siente vacía y entonces vuelca todas sus ilusiones y expectativas en su hija. El padre intenta participar en la relación madre e hija, pero C. le rechaza ya que solo quiere estar con su madre.

Cuando C. acude a consulta se puede observar como las conductas ansiosas que presenta la niña están afectando a diversos ámbitos de su vida.

- **A nivel académico:** presenta dificultades de atención debido al estado de hipervigilancia en el cual se encuentra constantemente. Ha tenido dificultades de adaptación tanto en la escuela infantil como en el colegio debido a la gran dependencia que tiene con su madre. Además, de presentar dificultades durante la adquisición de la lectura.

- **A nivel social:** presenta dificultades debido a los altos niveles de ansiedad que le producen algunas situaciones sociales, como son hablar en público, hablar con gente nueva o tener que afrontar una nueva situación en la cual no pueda tener el control. Estas situaciones hacen que C. tenga dolores fuertes de estómago, de cabeza, presión en el pecho y dificultades para conciliar el sueño.
- **A nivel conductual:** tiene que sentarse en el sillón con cojines alrededor o tener que ir en el coche con cojines por debajo del cinturón de seguridad para sentirse segura. El padre duerme en la habitación de la paciente y la madre duerme en la habitación de matrimonio con C., lo que imposibilita que la paciente pueda dormir en casas ajenas.
- **A nivel emocional:** presenta dificultades emocionales ya que tiene problemas para regularse emocionalmente, lo que deriva en explosiones de ira. Cuando ocurren estas situaciones tiende a tensionar los músculos y se clava las uñas en las manos.

Hipótesis de origen

La paciente presenta síntomas de ansiedad como son pensamientos anticipatorios, problemas para conciliar el sueño, así como sentimientos de tristeza, ira o miedo que hacen que le produzcan fuertes dolores de estómago o de cabeza, además presenta conductas ansiosas, cuando está nerviosa tensa los músculos, agarra fuerte a quien le esté dando la mano, cierra el puño y se clava las uñas.

Respecto al inicio del problema es complicado poder establecer un origen concreto ya que no existe un problema que pudiese desencadenar los síntomas de ansiedad, pero sí que se puede relacionar con algunas variables disposicionales como son las conductas ansiosas que presenta la madre hacia su hija, estas conductas han podido ser aprendidas como consecuencia de aprendizaje vicario y ser utilizadas por C. como una forma de afrontamiento ante las situaciones en las cuales no tiene el control. Otra de las variables que puede tener relación con

el inicio del problema es la sobreprotección que ha ejercido su madre desde que nació la paciente impidiendo que la paciente cree sus propias estrategias de afrontamiento.

Hipótesis de mantenimiento

Respecto a la hipótesis de mantenimiento las conductas ansiosas que muestra la paciente que se pueden mantener debido al apego dependiente que mantienen madre e hija además de las conductas ansiosas que presenta también la madre de la paciente y son adoptadas por la hija como conductas de afrontamiento. Otra de las variables disposicionales que tienen relación con el mantenimiento del problema es la ausencia de herramientas de regulación emocional que tienen madre e hija y por tanto utilizan las conductas ansiosas como herramientas para resolver los problemas.

Otra de las variables disposicionales que ha podido tener relación en el mantenimiento del problema son las dinámicas familiares que existen, el hecho que los padres no hagan vida de pareja, así como que siempre que salen a la calle lo hacen madre e hija, estas dinámicas han podido influir en el mantenimiento de conductas ansiosas en la paciente.

Análisis secuencial

A continuación, se presenta el análisis secuencial de las conductas problema que presenta C.

Variables disposicionales

Con relación a las variables disposicionales que se han observado en el caso de C. son las siguientes:

- Apego dependiente madre e hija
- Aprendizaje vicario de las conductas ansiosas de la madre
- Madre sobreprotectora
- Ausencia de relación de pareja de los padres

- Ausencia de herramientas de regulación emocional

Tabla 3

Análisis secuencial del caso de C.

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Internos</p> <p>Pensamientos anticipatorios sobre lo que va a pasar</p> <p>Autoobservación</p> <p>Sentir que no puede tener el control de la situación</p> <p>Rasgos de personalidad obsesiva</p> <p>Ausencia de estrategias de afrontamiento (aprendizaje vicario)</p> <p>Ausencia de herramientas de regulación emocional (aprendizaje vicario)</p> <p>Externos</p> <p>Hablar en público</p> <p>Un examen</p> <p>Situación nueva</p> <p>No ser capaz de estudiar</p>	<p>R. motoras</p> <p>Clavarse las uñas en la palma de la mano</p> <p>No salir con amigas</p> <p>Conductas de evitación: no ir a clase cuando hay examen o una exposición</p> <p>Sentarse en el sillón o en el coche rodeada de cojines</p> <p>R. Cognitivas</p> <p>Pensamientos rumiativos acerca de lo que piensan los demás “Si no lo hago bien no les voy a gustar”</p> <p>Pensamientos anticipatorios “Me voy a quedar en blanco”</p> <p>Problemas para conciliar el sueño</p> <p>Sensación de bloqueo “Me voy a quedar bloqueada”</p> <p>R. fisiológicas</p> <p>Dolor de tripa</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>Presión en el pecho</p> <p>Ritmo cardiaco acelerado</p> <p>Temblor en la voz</p> <p>R. emocionales</p> <p>Tristeza</p> <p>Ira</p> <p>Frustración</p> <p>Miedo</p>	<p>A corto plazo</p> <p>Sensación de control</p> <p>Evitar sensaciones desagradables</p> <p>Reduce el malestar inicial y rebaja su nivel de ansiedad</p> <p>A largo plazo</p> <p>Pensamientos rumiativos y anticipatorios</p> <p>Malestar, bajo estado de ánimo y rechazo a situaciones en las cuales no tiene el control</p> <p>Hipervigilancia</p>

Objetivos terapéuticos

A continuación, en la Tabla 4 se presentan los objetivos terapéuticos acordados entre paciente y terapeuta asociados con las técnicas que se van a utilizar para abordarlos.

Tabla 4

Objetivos terapéuticos del caso de C.

Objetivos	Técnicas
Comprender el funcionamiento de la ansiedad	Psicoeducación
Incrementar la capacidad de afrontamiento ante situaciones ansiógenas	Relajación
Reducir somatizaciones	Relajación
Reducir pensamientos obsesivos e irracionales	Reestructuración cognitiva
Disminuir conductas compulsivas	Exposición gradual
Mejorar la expresión y manejo emocional	Entrenamiento en regulación emocional

5. Tratamiento

Debido a la limitación de este trabajo se va a centrar la atención en el tratamiento de la ansiedad que presenta la paciente. Teniendo en cuenta la formulación clínica del caso, el tratamiento cognitivo conductual parece ser el más adecuado para el abordaje de este caso como se puede ver en la literatura e investigaciones actuales (García et al., 2021; Sawyer y Nunez, 2014).

Descripción de las técnicas

A continuación, se van a detallar aquellas técnicas empleadas para la consecución de los objetivos fijados.

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica en la cual se transmite a la paciente información acerca de las conductas problema que tiene de una manera sencilla para que pueda comprender lo que le pasa y cuáles son los mecanismos que están provocando sus problemas (Godoy et al., 2020).

Es importante que la paciente conozca cómo se está manteniendo su conducta, así como en psicoeducar sobre qué es la ansiedad y aquellas variables que están influenciando en la aparición de esta, como por ejemplo la falta de expresión y manejo emocional.

Respiración

La técnica de control de la respiración es utilizada habitualmente como método para el control de la activación fisiológica que presentan los pacientes con ansiedad (Martínez-González et al., 2018). El objetivo principal de esta técnica es que el niño pueda controlar su respiración y lo aplique en las situaciones en las cuales su ansiedad sea excesiva (Amorós et al., 2006).

La técnica se basa en inspirar y espirar lentamente, para la aplicación en niños se pueden usar diferentes juegos ya que es una forma divertida de trabajar la técnica con dicha población (Moreno y Pareja, 2000).

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo desmontar las falsas creencias o las distorsiones cognitivas y a su vez proporcionarle al paciente de herramientas para que pueda cambiar esos pensamientos por otros más adaptativos (Moreno y Pareja, 2000).

Para la intervención de C. se han utilizado varias técnicas como el modelo ABC de la terapia racional emotiva conductual (TREC) (Labrador, 2014). Con dicho modelo se pretende que el paciente detecte aquellos pensamientos irracionales y las consecuencias emocionales y de conducta que le está causando. Una vez detectados los pensamientos negativos, estos son cuestionados y sustituidos por otros pensamientos más adaptativos o positivos (Moreno y Pareja, 2000).

Otra de las técnicas usadas para la reestructuración cognitiva es el entrenamiento en autoinstrucciones, dicha técnica consiste en la modificación de las autoverbalizaciones internas ante una situación determinada, sustituyéndolas por otras más adaptativas para su realización. Para poder realizar dicha técnica es importante que el paciente identifique el diálogo interno desadaptativo para poder cambiarlo (Labrador, 2014).

Exposición

La técnica de exposición tiene como objetivo la disminución del nivel de activación que se genera ante estímulos que producen ansiedad alta. Las exposiciones graduales proporcionan sensación de control en el paciente y por tanto disminuyen la probabilidad de abandono (Barraca, 2014). Con la exposición gradual se consigue que el niño se enfrente a las situaciones ansiógenas disminuyendo las conductas de evitación y aumentando las de afrontamiento (Moreno y Pareja, 2000).

Para la implementación de esta técnica es importante elaborar una jerarquía de aquellas situaciones las cuales le generan ansiedad y ordenarlas según el grado de dificultad que le produce enfrentarse a ellas (Labrador, 2014).

Sesiones

Para el abordaje del tratamiento de C. hay que tener en cuenta que mientras C. está viniendo a consulta, la madre también está recibiendo terapia psicológica. En medio de la intervención de C. ambos padres también acuden a terapia de pareja. Con avances en ambas intervenciones.

El tratamiento de C. ha consistido en trece sesiones con una duración de alrededor de una hora cada una de ellas, con una frecuencia de una vez a la semana. El enfoque que se ha llevado a cabo para el tratamiento de la ansiedad es el cognitivo conductual ya que como se ha visto en la literatura ha mostrado grandes niveles de eficacia (García et al., 2021; Sawyer y Nunez, 2014).

Es un caso que actualmente sigue abierto por lo que hay objetivos que todavía no se han podido abordar debido a la falta de tiempo. A pesar de ello C. está mostrando grandes avances con respecto a los niveles de ansiedad mostrados en las primeras sesiones.

Primera sesión: Evaluación con padres y paciente

En la primera sesión acudieron ambos padres junto con la paciente exponiendo el motivo de consulta. Tanto los padres como C. referían altos niveles de ansiedad y dificultades de aprendizaje, algo que a C. le angustiaba bastante.

En dicha consulta se pudo ver que venían desde el equipo de neuropsiquiatría de la Seguridad Social habiendo recibido un diagnóstico de TDAH y estando siendo medicada con Strattera.

Segunda sesión: Evaluación con padres

En esta segunda sesión se cita solo a los padres para una entrevista con ellos, en esta sesión se procede a la realización de una entrevista abierta.

Tercera y cuarta sesión: Evaluación con C.

En estas sesiones se procede a realizar una entrevista con C. y a la administración de diferentes pruebas ya mencionadas anteriormente.

Quinta sesión: Devolución de información y objetivos

En esta sesión se procede a la devolución de la información obtenida en la evaluación tanto a los padres como a la propia paciente. A continuación, se procedió a la explicación del problema, así como al acuerdo de los objetivos. En todo momento tanto la paciente como los padres estuvieron de acuerdo.

Sexta sesión: Psicoeducación

A partir de esta sesión se interviene solo con la paciente. En esta sesión se abordó la ansiedad, a través de la psicoeducación. Para la aplicación de la técnica se le explicó a través de un ejemplo (ver Anexo A).

Con este ejemplo se consigue que C. comprenda que la ansiedad es una emoción adaptativa ya que nos sirve como señal de alarma pero que si esa ansiedad es desmedida puede ocasionar problemas en la vida cotidiana.

Tras este ejemplo C. explica varias situaciones en las cuales su ansiedad no es adecuada a la situación, como son aquellas situaciones en las cuales no está con su madre y por lo tanto siente que no está segura, también admite que cuando va en el coche siente que tampoco está segura y su nivel de ansiedad también aumenta. Otra de las situaciones que admite que tiene

esa ansiedad desmedida es cuando tiene que hablar en clase o hablar con otra persona que no tiene confianza.

A continuación, se le explica qué debe hacer una persona que está empezando a montar en bicicleta, pero sintiendo excesivo miedo, la paciente responde que dicha persona debe seguir practicando.

A través de este ejemplo se pretende que la paciente entienda que a pesar de los nervios que puede presentar ante una situación temida hay que exponerse ante ella para poder afrontarla.

Como tarea para casa se le pide que piense más situaciones en las cuales siente ansiedad esa ansiedad descontrolada.

Séptima sesión: Técnica de respiración diafragmática

Durante esta sesión se habla sobre aquellas situaciones en las cuales C. ha sentido ansiedad durante esa semana, siempre validando que se pueda sentir así.

Durante esta sesión se trabajó la respiración diafragmática, para ello primero se realizó psicoeducación sobre el uso de la técnica y en qué consistía. Al principio C. no estaba muy de acuerdo con la técnica ya que pensaba que se iba a agobiar teniendo que pensar en la respiración, pero cedió a probar la técnica.

A través de diferentes ejemplos y juegos se le explicó la capacidad que tiene la respiración en las diferentes situaciones (ver Anexo B).

Como tarea para casa se le pidió que practicase el juego planteado en sesión, para que durante esa semana fuese consciente del poder que tiene la respiración.

Octava sesión: Técnica de respiración diafragmática

En esta sesión se continuó con la técnica de la respiración diafragmática, para ello se le puso un ejemplo preguntándole cómo se sentía de nerviosa en ese momento de cero a diez, respondiendo un 6. A continuación se le explicó otro juego para que pudiese practicar la respiración profunda, el juego se llama “soy un globo”, la paciente acompaña la respiración con sus brazos, inspira por la nariz inflándose y expira por la boca desinflándose.

Este ejercicio se repite unas diez veces y se le preguntó a C. cómo se sentía tras la realización del ejercicio puntuando ahora un 5 en la escala de cero a diez. Se le explica que esta técnica puede usarse cuando sienta ansiedad en situaciones cotidianas, como por ejemplo cuando va en coche o tienen que sacar a su perra a pasear ya que ambas situaciones le causan mucha ansiedad.

Se vuelve a repetir el ejercicio de respiración durante 5 veces más y se corrigen los errores. Como tarea para casa se le pide que practique el ejercicio al menos dos veces al día durante cinco o diez minutos y lo ponga en práctica cuando se sienta nerviosa.

Novena sesión: Problemas con la técnica de respiración y modelo ABC

Se revisa con la paciente el efecto del ejercicio planteado en la sesión, C. refiere haberlo practicado todos los días pero que no ha sido capaz de ponerlo en práctica en las situaciones en las cuales ha sentido ansiedad, refiere sentirse bloqueada y no poder realizar la técnica de manera adecuada ya que le produce hiperventilación. Se refuerza en todo momento el haberlo practicado y haberlo intentado hacer durante las ocasiones en las cuales ha sentido ansiedad.

Debido a la situación se procede a la ejecución de la técnica practicándola durante cinco repeticiones, tras esta práctica C. refiere sentirse más tranquila y con la confianza de hacerlo bien.

A continuación, se procede a enseñar a la paciente la importancia que tienen los pensamientos en nosotros, y como pueden hacer que aumente o disminuya la ansiedad ante una situación según el modelo ABC.

Para ello se procede a la ejemplificación del caso de una bailarina ya que C. muestra interés en la danza (ver Anexo C). Con este ejemplo se pretende ejemplificar la secuencia situación, pensamiento y consecuencia.

En este momento se le pregunta a la paciente que otros pensamientos podría haber tenido la bailarina antes de salir al escenario. C. responde que podría haber pensado “me va a salir genial” “seguro que me sale igual que en los ensayos” y con estos pensamientos no haber estado tan nerviosa y que le hubiera salido muy bien el baile.

Una vez comprobado que entiende el poder que pueden tener los pensamientos se le pide que anote situaciones en las cuales ella presenta mucha ansiedad, que pensamientos presenta y que consecuencias obtiene (ver Anexo D).

Una vez identificadas todas las variables se le indica cómo cambiar esos pensamientos como técnica de afrontamiento a la ansiedad. En este momento se cambia el pensamiento “Mi padre baja a mi perra a la calle por otro más adaptativo. C. propone pensar “mi perra se lo va a pasar genial con otros perros” o “va con papá, no la va a pasar nada”.

Como tareas para casa se le pide que siga practicando las respiraciones en sitios tranquilos, pero que también lo intente cuando va por la calle o en clase. Además, se le pide que rellene un autorregistro con el modelo ABC como el realizado en sesión.

Décima sesión: Reestructuración cognitiva: Modelo ABC y autoinstrucciones

En esta sesión se repasa cómo ha ido el ejercicio de respiración, en esta ocasión C. refiere que lo ha practicado en clase y dando un paseo y ha sido beneficioso. También se repasa

el autorregistro elaborado durante la semana respecto al modelo ABC. La paciente cuenta que le ha costado bastante realizarlo ya que a veces no tenía claro los pensamientos que le habían surgido o la situación concreta en la cual le habían surgido esos pensamientos. Durante la sesión se le ayudó a completar el autorregistro y se le reforzó el esfuerzo realizado. Durante la sesión se buscan otros pensamientos más adaptativos y las posibles consecuencias que tendrían esos pensamientos (ver Anexo E).

Una vez identificados los pensamientos desadaptativos se procede a la elaboración de una lista de autoverbalizaciones que puede usar C. en caso de ansiedad para que pueda utilizarlas para afrontarla, estas autoverbalizaciones se acuerdan entre terapeuta y paciente (ver Anexo F).

A continuación, se realiza un ejercicio en imaginación para practicar las autoverbalizaciones a través de un ejemplo (ver Anexo G). Se analiza cómo se ha sentido C. y nos indica que cree que puede ser una buena estrategia ya que si está diciéndose esas frases a sí misma no le vienen los pensamientos intrusivos y que le generan más ansiedad.

Como tarea para casa se le pide que practique las autoverbalizaciones en aquellas situaciones menos ansiógenas para en próximas sesiones ir aumentando a otras situaciones más ansiosas.

Undécima sesión: Reestructuración cognitiva: autoinstrucciones

Tras la intervención en desactivación fisiológica a través de la respiración diafragmática y la intervención en reestructuración cognitiva se comenzó a realizar una exposición gradual.

Antes de empezar con la exposición se repasa lo visto en la sesión anterior y como ha ido la semana practicándolo. En este caso C. se siente muy segura con la nueva técnica ya que le ha servido en varias ocasiones para no tener tanta ansiedad. Una de las ocasiones en las cuales le han servido las autoinstrucciones ha sido cuando su madre ha tenido que salir sola sin

la paciente, ha sido capaz de bajar el nivel de ansiedad controlando la respiración y a través de algunas autoverbalizaciones. Otra de las situaciones en las cuales ha sido exitosa la técnica ha sido en el momento de ir a comprar ella sola la barra de pan, al haberlo practicado en sesión C. informa que le ha sido mucho más fácil. En este momento se le refuerza todo lo logrado e intentado durante toda la intervención.

A continuación, comenzamos con la técnica de exposición, en primer lugar, se procede a la explicación de la técnica y se hace psicoeducación con respecto a la respuesta de ansiedad que va a experimentar durante la exposición y con respecto a la relevancia de la autoexposición.

Para la autoexposición se llevó a cabo una jerarquía de situaciones menos ansiógenas a más ansiógenas a las cuales debía autoexponerse. En este momento se le volvió a recordar las estrategias ya practicadas anteriormente y se reforzaron recordando los logros que había conseguido.

Duodécima y décimo tercera sesión

En estas sesiones se revisó las autoexposiciones realizadas y los problemas surgidos durante estas. En las primeras autoexposiciones C. pudo superarlas con éxito y sin apenas respuesta ansiógenas en cambio en aquellas situaciones en las cuales incrementaba la ansiedad como por ejemplo ir en el coche sin cojines o hablar enfrente de sus compañeros de clase le generaban altos niveles de ansiedad. Se reforzó los progresos obtenidos y se le animó a que continuase con la exposición.

6. Valoración del tratamiento

Adherencia al tratamiento

La paciente acude a consulta con una buena predisposición, tiene muchas ganas de cambiar. Desde el principio de la intervención hay una buena relación entre paciente y terapeuta, situación que ayuda en la alianza terapéutica. A pesar de su gran predisposición y la

buena alianza terapéutica C. acude a consulta con miedo a no ser capaz de cambiar ciertas conductas que le generan ansiedad, no obstante, todas las pautas que se le dan son realizadas con buena actitud. Según iba avanzando la terapia, C. se fue sintiendo más segura y capaz de poder conseguir los objetivos y autoexponiéndose más sin necesidad de que nadie le guiase.

Una de las técnicas que ha mostrado mayores problemas es la utilización de la respiración en momentos de ansiedad alta, la paciente refiere no poder controlar la respiración en esos momentos, aunque tras la práctica y la exposición ha podido ver beneficios y actualmente refiere poder ser capaz de realizarla en la mayoría de las ocasiones, aunque requiere de más práctica para una buena consolidación. Otra de las técnicas con la cual ha presentado dificultades es con la reestructuración cognitiva, en concreto en el modelo ABC en la identificación de pensamientos negativos o en las situaciones concretas donde presentaba mayores niveles de ansiedad, con la práctica y la ayuda del terapeuta ha podido ser capaz de identificarlos y poder cambiar dichos pensamientos negativos por otros más adaptativos en ciertas situaciones.

El clima familiar actual ha cambiado, los padres de la paciente hacen vida de pareja y la madre ha mostrado grandes avances respecto a su intervención, algo que se ha visto reflejado en el clima familiar y que ha ayudado a C. a poder ser más independiente de su madre y acercarse más a su padre. Ahora es el padre quien ayuda a su hija con los deberes y a estudiar creando un vínculo entre ellos del que antes carecían, algo por lo que C. está muy contenta.

Consecución de objetivos

Debido a la falta de tiempo no se han podido abordar todos los objetivos previstos ya que el caso sigue abierto actualmente. Por lo que tampoco se ha podido hacer una valoración cuantitativa acerca de la consecución de los objetivos, pero si se ha podido ver avance con

respecto a algunas conductas de manera cualitativa. Los objetivos que se han trabajado durante la intervención con C. son los siguientes:

- **Comprender el funcionamiento de la ansiedad.** Este objetivo es abordado desde la técnica de la psicoeducación: A través de esta técnica se consiguió que la paciente pudiese comprender qué es la ansiedad y porque ocurre, gracias a esta técnica C. pudo identificar varias situaciones en las cuales sentía ansiedad no adaptativa y ser más consciente de esas situaciones.
- **Reducir somatizaciones e incrementar la capacidad de afrontamiento ante situaciones ansiógenas.** Estos objetivos fueron abordados desde la técnica de respiración: Actualmente la paciente es capaz de ir en el coche sin los cojines y sin sentir altos niveles de ansiedad, también es capaz de rebajar sus niveles altos de ansiedad cuando su madre sale sola a la calle. No obstante, en este momento no se han conseguido reducir al mínimo las somatizaciones en ciertas situaciones ya que necesita seguir practicándolo y autoexponiéndose a las situaciones temidas.
- **Reducir pensamientos obsesivos.** Este objetivo ha sido abordado desde la reestructuración cognitiva, concretamente a través del modelo ABC y las autoinstrucciones: A través de estas técnicas se ha podido ver un avance en las situaciones que le generaban ansiedad ya que la paciente se veía capaz de afrontarlas gracias a las estrategias que había ido aprendiendo. Mediante técnica y la respiración diafragmática se consiguió que la paciente afrontara las situaciones con más confianza. En las situaciones en las cuales se ha visto mejoría han sido en la interacción entre iguales y la disminución de los niveles de ansiedad ante situaciones cotidianas como pasear a su mascota o salir sola a la calle.

- **Disminuir conductas compulsivas.** Este objetivo ha sido abordado a través de la exposición gradual: en este momento se sigue interviniendo en la exposición para poder abordar las conductas compulsivas, así como las conductas ansiosas. Actualmente a pesar de seguir interviniendo se han visto grandes avances:
 - Duerme en su habitación sola
 - Puede salir a la calle sola
 - No siente altos niveles de ansiedad cuando su madre sale sola o cuando tienen que pasear a su perra
 - Se han reducido las explosiones de ira, ya no aprieta las manos hasta clavarse las uñas
 - Se sienta en el sillón y en el coche sin necesidad de cojines, aunque hay situaciones en las cuales todavía se pone un cojín encima cuando está sentada en el sillón.
 - Se queda a dormir en casa de su abuela y es capaz de dormir en casa de dos amigas muy cercanas.
 - Es capaz de hablar con algunos compañeros de clase con los que no tiene suficiente confianza.

En este momento sigue presentando sintomatología ansiosa en muchas situaciones sobre todo en aquellas en las cuales tiene que hablar en público. En este punto de la intervención se pretende seguir avanzando en la exposición gradual reforzando a la paciente en todo momento y recordándole aquellas estrategias que ya ha adquirido para poder enfrentarse a las situaciones ansiosas.

Uno de los objetivos que se tiene previsto su abordaje en las siguientes sesiones es la mejora de la expresión y el manejo emocional a través del entrenamiento en regulación emocional. Con esta técnica se pretende que el paciente monitorice, evalúe y modifique su reacción emocional desde el reconocimiento de las sensaciones, emociones, pensamientos y consecuencias, haciendo que el paciente sea consciente de lo que le está pasando y como poder expresarlo. A través de la autoobservación el niño puede ver cómo puede sentir ciertas emociones sin que le sobrepasen haciendo que supere el miedo que presenta a sentir ciertas sensaciones en su cuerpo. Con el entrenamiento en regulación emocional también se pretende que el paciente pueda aprender que las emociones no son permanentes y que tanto la intensidad como la duración van cambiando (Moreno y Pareja, 2000).

7. Discusión y conclusiones

En el presente trabajo se expone el caso de una niña de 11 años diagnosticada de TDAH desde neuropediatría de la Seguridad Social, acude a consulta derivada de este servicio refiriendo altos niveles de ansiedad y dificultades de aprendizaje. El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más común actualmente y presenta un alto porcentaje de comorbilidad con el trastorno de ansiedad como han demostrado diferentes estudios (Carboni, 2011; Taurines et al., 2010).

Esta alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad es una lacra que actualmente sufre la población infantil y juvenil, como se ha visto este diagnóstico comórbido afecta a muchos aspectos de la vida cotidiana del niño o adolescente, llegando a poder ser incapacitante en algunas situaciones su vida. En concreto los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad son uno de los problemas psicológicos que con mayor frecuencia son encontrados en la infancia y la adolescencia (Suárez et al., 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de ansiedad afectan a muchos ámbitos de la vida cotidiana como son a nivel social, familiar y/o académico. En el caso de C. todos los ámbitos estaban ligeramente afectados, presentado altos niveles de ansiedad en situaciones sociales como podía ser hablar con gente que no tuviese confianza, a nivel familiar niveles altos de ansiedad le impedían poder ir a dormir a casa de su abuela, dormir sola e incluso poder sentarse en el asiento del coche sin estar rodeada de cojines. Con respecto al ámbito académico mostraba altos niveles de ansiedad en el entorno escolar, especialmente, cuando se trataba de hablar en público o examinarse.

Se ha demostrado que la ansiedad es frecuente en el TDAH y que puede cambiar sustancialmente la presentación y el curso del trastorno (Schatz y Rostain, 2006). El tratamiento de los síntomas de ansiedad a una edad temprana en el diagnóstico de TDAH comórbido con ansiedad muestra beneficios en los síntomas del TDAH (D'Agati et al., 2019), esto apoya la creencia de Sottani et al., (2014) acerca de la necesidad de la pronta intervención en los síntomas de ansiedad ya que el retraso en el tratamiento puede causar ansiedad crónica, trastorno depresivo, ideación suicida o problemas de abuso de sustancias. Además, la falta de tratamiento de la ansiedad no solo afecta a los síntomas ansiosos, sino que también ha mostrado efectos en los síntomas de TDAH aumentando los problemas de sueño, así como aumentando el déficit en la memoria de trabajo (D'Agati et al., 2019).

Con relación al tratamiento de la sintomatología ansiosa, la intervención cognitivo conductual es una de las terapias con mayor evidencia científica, las técnicas más utilizadas para su abordaje son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las exposiciones, la respiración diafragmática o solución de problemas entre otras (García et al., 2021; James et al., 2020).

Debido a los altos niveles de ansiedad con los que acudió C. a consulta y el apoyo científico acerca de los beneficios que existen en los síntomas de TDAH cuando se interviene en primera instancia la sintomatología ansiosa (D'Agati et al., 2019), se ha centrado la intervención en los síntomas de ansiedad que presentaba la paciente. Aunque actualmente el caso sigue abierto y se continúa con la intervención y seguimiento, se han podido abordar diferentes objetivos consiguiendo resultados beneficiosos en la paciente. Cabe destacar que los resultados obtenidos no solo se deben al rigor científico, sino también a la buena predisposición con la que acudió C. a consulta, esto ayudó a crear una buena alianza terapéutica, así como, a que la paciente colaborase en todo momento a pesar de sus dudas iniciales con algunos procedimientos como por ejemplo con la respiración diafragmática o las exposiciones. Otra de las variables que ha ayudado a C. en la consecución de los objetivos es la implicación que ha mostrado la familia en todo momento, ayudando a C. en el abordaje de los diferentes objetivos.

Otra de las variables que ha fomentado el avance de la paciente en el tratamiento ha sido la intervención psicológica que ha seguido la madre, los buenos resultados de la terapia han ayudado a que la madre no ejerza tanta sobreprotección en su hija y por tanto ambas sean más independientes. La terapia de pareja a la cual han estado asistiendo los padres también ha ayudado en el tratamiento de C. mejorando el clima familiar y las dinámicas que venían teniendo en la familia, las cuales se han visto que son factores con gran influencia en la ansiedad infantil (Newcomb et al., 2007).

Es importante destacar también la implicación por parte del colegio, sobre todo por parte de la tutora de C. en todo el proceso de intervención, a través de reuniones mensuales se ha ido valorando sus cambios en el ámbito escolar, así como problemas que pudiesen surgir.

Las técnicas utilizadas para el tratamiento han sido adaptadas a la paciente tanto a su edad como a sus gustos, siendo una intervención adaptada a sus necesidades y siempre respetando el ritmo que precisara para realizar las autoexposiciones.

Aunque el tratamiento no ha acabado se ha notado un gran avance en muchas de las conductas ansiosas que presentaba la paciente al inicio del tratamiento, se ha podido observar cómo es capaz de afrontar ciertas situaciones que al principio de la terapia C. no era capaz de afrontar, aunque todavía quedan muchas otras por abordar. Actualmente se puede afirmar la consecución de varios de los objetivos fijados antes de comenzar con la intervención como son la comprensión del funcionamiento de la ansiedad, el incremento de la capacidad de afrontamiento ante situaciones ansiógenas, la reducción de somatizaciones, la reducción de pensamientos obsesivos e irracionales o la disminución de conductas obsesivas. Algunos de estos objetivos requieren de más tiempo para asegurar categóricamente su consecución, pero la paciente ha presentado avances en la terapia debiendo centrar parte de las siguientes sesiones en abordar la mejora de la expresión y manejo emocional, ya que es un objetivo que todavía no se ha abordado en terapia.

Con relación a las limitaciones de este estudio de caso cabe señalar que al no haber podido finalizar la terapia los resultados de la intervención no se han podido analizar cuantitativamente y solo se ha podido analizar los resultados de manera cualitativa. Otra de las limitaciones que se pueden observar es que al ser un estudio de caso en el cual solo hay un terapeuta existe una variable de subjetividad por parte de este y por tanto puede haber afectado a la hora de analizar los resultados presentados.

Otra de las limitaciones que se ha encontrado en el tratamiento de este caso es la periodicidad con la que se realizan las sesiones y por tanto los objetivos son alcanzados dilatados en el tiempo. Cabe destacar que esta limitación es encontrada en muchos de los casos llevados en consulta debido a la alta demanda de pacientes que existe, a los altos honorarios o a la escasez de personal.

Una de las dificultades que se ha observado por parte de la paciente ha sido trabajar la respiración en momentos de ansiedad alta ya que en dicho momento la paciente refería no acordarse de cómo realizar la técnica o que le producía hiperventilación ya que no lo realizaba de manera adecuada. A pesar de estas dificultades y con práctica se consiguió que pudiese realizarlo sin hiperventilar y consiguiendo que le bajase en nivel de ansiedad en dichas situaciones a través de la respiración diafragmática, estos resultados se apoyan en los encontrados en la literatura científica, confirmando los beneficios mostrados (Cappo y Holmes, 1984).

En futuras investigaciones sería interesante ampliar los estudios acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido con ansiedad. Debido a la gran parte de la población que existe con este diagnóstico podría ser de interés seguir investigando acerca de este diagnóstico comórbido y la influencia que puede llegar a existir cuando se interviene primero en la sintomatología ansiosa en los síntomas del TDAH y viceversa.

Para prevenir los posibles problemas que han podido surgir en este trabajo debido a subjetividad de los resultados mostrados, se podrían realizar evaluaciones periódicas en las cuales se analiza a nivel cuantitativo y por tanto objetivo los resultados que se van obteniendo según avanza la terapia, pudiendo saber cómo va avanzando la paciente a nivel cuantitativo a medida que progresa la terapia.

En conclusión, mediante este trabajo se ha podido ver el desarrollo y la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la intervención de la sintomatología ansiosa infantil a través de la aplicación de diferentes técnicas como son la psicoeducación, la respiración diafragmática, la reestructuración cognitiva o la exposición gradual. Por todo esto se puede afirmar que la aplicación de dichas técnicas en el caso expuesto ha dado resultados beneficiosos en la

paciente, consiguiendo muchos de los objetivos fijados. Hay que destacar que las técnicas empleadas han de ser adaptadas a la población infantil y estar orientadas a cada paciente.

Para poder abordar bien la intervención en los pacientes con TDAH comórbido con ansiedad es importante ver el estado en el cual acude el paciente a consulta ya que si en el caso analizado se hubiese intervenido primero desde el diagnóstico principal (TDAH) no se hubiese podido obtener beneficios para la paciente ya que los niveles que presentaba eran tan elevados que le impedía realizar tareas cotidianas.

Es importante también psicoeducar tanto a padres como profesores en la detección de señales de alarma acerca de este diagnóstico ya que su sintomatología se puede presentar en cualquier actividad cotidiana y por lo general tanto padres como profesores consideran que presentar niveles altos de ansiedad ante determinados eventos es algo normal, a veces normalizando conductas desadaptativas como pueden ser los pensamientos rumiativos o ciertas sensaciones corporales causadas por los altos niveles de ansiedad e invalidando las emociones que puedan estar sintiendo estos niños. Cabe destacar que tanto el TDAH como la ansiedad no solo la sufre el niño, sino que también afecta a su entorno más cercano.

8. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5* (5^o Edición). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders II* (2^o Edición). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders III* (3^o Edición). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV* (4^o Edición). Washington, DC.

- Amorós, M. O., López-Roig, S., Sánchez, J. E., y Carrillo, X. M. (2006). Tratamiento psicológico del dolor en el cáncer infantil. *Fisioterapia*, 28(5), 270-277. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(06\)74057-3](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(06)74057-3)
- Bados, A. (1998). Trastorno de ansiedad generalizada. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (pp. 219-269). Dykinson.
- Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: Una guía para su puesta en práctica*. Síntesis.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-20. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Faraone, S. V., y Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(2), 335-360. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30591-1](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30591-1)
- Blair, C., y Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and psychopathology*, 20(3), 899-911. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000436>
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Cañamero, L. M., Cueli, M., Areces, T. G. D., y González-Castro, P. (2021). Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. *Revista iberoamericana de psicología y salud.*, 12(2), 90-99. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.047>

- Cappo, B.M., y Holmes, D.S. (1984). The utility of prolonged respiratory exhalation for situations. *Journal of psychosomatic research*, 28 (4), 265-73.
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 95-131.
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Secretaría de Salud.
- Carlson, S. M., y Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, 72(4), 1032–1053. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00333>
- Carlson, S. y Wang, T. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Developmental*, 22, 489–510. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.08.002>
- Casajús, Á. M. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH:(trastorno de déficit de atención con hiperactividad)*. Horsori.
- Castro, J. P., Martín, J. D. L. G., Mayoral, V. G., y Soto, X. G. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Pediatr*, 45, 170-176.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Choi, C., Mersky, J. P., Janczewski, C. E., Lee, C. T. P., Davies, W. H., y Lang, A. C. (2020). Validity of an expanded assessment of adverse childhood experiences: A replication

study. *Children and Youth Services Review*, 117, 105-216.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105216>

Climent, G., y Banterla, F. (2011). *AULA. Manual Teórico*. San Sebastián, Spain: Nesplora.

Comín, M. A. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercambios, papeles de psicoanálisis*, 29, 7-17.

Costello, E. J., Egger, H. L., y Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 631-648. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.06.003>

D'Agati, E., Curatolo, P., y Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 238-244. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>

de la Función Ejecutiva. Madrid: TEA Ediciones, S. A. U.

Del Río, J. E. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Cuadernos del Tomás*, 6, 117-130.

Douglas V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282. <https://doi.org/10.1037/h0082313>

Eiris, J. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Cuadernos 33 del Tomás*, 6, 117-130.

Esbjörn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., y Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 129-143.

<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0105-4>

Espejo-Saavedra, J. M., y Santamaría, P. (2017). *BRIEF 2. Evaluación Conductual*

Faraone, S. V., Biederman, J., y Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6, 5–13.

<https://doi.org/10.1177/108705470200600102>

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., y del Barrio, V. (2015).

SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA

Ediciones

Folgar, M. I. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del

TDAH. *Innovación educativa*, 26, 181-200. <https://doi.org/10.15304/ie.26.2913>

Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., y Koutsovitis, F. (2019). Modelos

cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de psicología*, 15, 7-

21.

García, A. V. G., Sánchez, C. M., Rosas, A. R., y Lara, M. G. (2021). Intervención cognitivo-

conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 31(1), 37-49.

<https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>

García, M. e Ibáñez, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-

hijo. *Terapia Psicológica*, 25(2), 123-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718->

[48082007000200003](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200003)

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., and Kenworthy, L. (2015). *BRIEF-2. Behavior rating*

inventory of executive function (2nd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources,

Inc.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psychoeducation in mental

health: a tool for families and patients. *Revista médica Clínica Las Condes*. 31(2), 169-173.

- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38.
- González, M. I. N., y Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.
- Greco, L. A. y Eifert, G. H. (2004). Treating Parent- Adolescent Conflict: Is Acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80045-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80045-2)
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Planeta.
- Herreros, O., Jiménez Sosa, A., Rubio, B., Sánchez, F., y Gracia, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev. psiquiatr. infanto-juv*, 19, 82-88.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, 11, 1-283. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>
- Labrador, F. J., & López, A. B. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Maldonado, M. J., Fournier del Castillo, M., Martínez, R., González, J.,
- Martínez-González, L., Olvera-Villanueva, G., y Villarreal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 99-104.

- Moreno, M. I. C., y Pareja, M. V. (2000). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Dykinson.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Attention déficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD children, Young people and adults.
- Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg, R. y Griffith, J. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style and Attachment. *Cognition Therapy Research*, 31, 419-436. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9131-4>
- Norris, L. A., Olino, T. M., Gosch, E. A., Compton, S. N., Piacentini, J., Ginsburg, G. S., ... & Kendall, P. C. (2019). Person-centered profiles among treatment-seeking children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49, 1-51. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1602839>
- Parrado, F. A. (2008). Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. *Módulo II, Universidad Autónoma de Barcelona*, 7, 2-9.
- Quintero G., Correas, J., y Quintero L. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Elsevier Masson.
- Quintero, J., y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 9, 600-608.
- Raggi, V.L., y Chronis, A.M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child Pharmacology and Psychology*, 9, 85-111. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0006-0>
- Ramos-Quiroga, J.A., Picado, M., Mallorquí-Bagué, N., Vilarroya, O., Palomar, G., Richarte, V., Vidal, R. y Casas, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/

hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Revista de Neurología*, 56(1), 93-106.

reducing physiological and psychological arousal in non-threatening and threatening

Ruiz, A., y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 265-280.

Salaníc, M. E. (2014). *Ansiedad infantil y comportamiento en el aula (estudio realizado con alumnos de primero, segundo y tercero primaria del municipio de cantel)*. Universidad Rafael Landívar.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Sawyer, M. y Nunez, D. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 11(1), 65-71.

<https://doi.org/10.1111/wvn.12024>

Schatz, D. B., y Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention disorders*, 10(2), 141-149.

<https://doi.org/10.1177/1087054706286698>

Silverman, W.K. y Kurtines, W.M. (1996). *Anxiety and Phobic Disorders: A Pragmatic Approach*. Plenum Press.

Sottani, C. G., Barilá, C., y Vuelta, B. L. (2014). Ansiedad Infantil: Un tratamiento basado en la evidencia. *Anuario Anxia*, 20, 21-24.

Soutullo, C., y Álvarez-Gómez, M. J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 56(Supl 1), S119-29.

- Spencer, T.J., Faraone, S.V, Surman, C.B.H., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., ... Biederman, J. (2011). Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: A controlled study. *Postgraduate Medicine*, 123, 50-59. <https://doi.org/10.3810/pgm.2011.09.2459>
- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder? A Case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 45-64. <https://doi.org/10.1177/1359104597021005>
- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychal conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012. <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
- Suárez, L. M., Polo, A. J., Chen, C. y Alegría, M. (2009). Prevalencia y correlación del inicio de los trastornos de ansiedad en la infancia entre blancos latinos y no latinos en los Estados Unidos. *Behavioral Psychology*, 17, 89-109
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 65-99. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00304>
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., y Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0040-0>
- Thirlwall, K., Cooper, P. J., Karalus, J., Voysey, M., Willetts, L., y Creswell, C. (2013). Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive-behavioural therapy: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(6), 436-444. Doi: 10.1192/bjp.bp.113.126698

- Thorell, L. B., Rydell, A. M. y Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5), 517-532. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.706396>
- Vasconcelos, A. F., Ramírez, M. M., y Mildestein, Y. P. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Médica del Centro*, 12(4), 485-495.
- Villalobos, J. A. L., Pintado, I. S., y Mateos, J. D. S. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Villemonteix, T., Purper-Ouakil, D., y Romo, L. (2014). Is emotional dysregulation a component of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)?. *L'encephale*, 41(2), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.12.004>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L., y Katusic, S.K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53, 1036-1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>

9. Anexos

Anexo A: Técnica de psicoeducación: ejemplo ansiedad

La aplicación de esta técnica se realiza a través de este ejemplo: Alguien que está montando en bici y va con mucho miedo y muchos nervios pensando que puede tener un accidente, la respiración le va muy rápida. En este momento se le explica a C. lo que es la ansiedad adaptativa y la no adaptativa y se le pregunta que le pasaría a esta persona que está montando en bici fuese totalmente relajado, su contestación fue que seguramente tendría un accidente ya que no va alerta de lo que pasa a su alrededor, pero también admite que al ir tan nervioso seguramente tampoco vaya totalmente atento a lo que ocurre alrededor debido a los nervios.

Anexo B: Juegos respiración diafragmática

Para la explicación de porque vamos a usar la técnica de respiración diafragmática se pidió a C. que pusiese la mano en su pecho y sintiese los latidos del corazón y su respiración, al cabo de un rato, se le pidió que corriese por la habitación durante un minuto, a continuación, se le pidió de nuevo que pusiera la mano en su pecho. Con dicho ejemplo se pretende que el paciente comprenda que cuando está nerviosa sus latidos y respiración aumentan.

Después se le propuso un juego en el cual se encontraba en el país del silencio y debía controlar su respiración mientras caminaba alrededor de la habitación. Con dicho juego se consiguió que C. pudiese controlar su respiración sin demasiado esfuerzo.

Anexo C: Ejemplo modelo ABC

Para ejemplificar la secuencia situación, pensamiento y consecuencia se procede a explicar este ejemplo: Una bailarina que está a punto de salir a escena a hacer un baile que en los ensayos le ha salido muy bien, en esta situación sus pensamientos son: “me va a salir fatal” “seguro que fallo”, estos pensamientos le causan nervios y respiración agitada. Lo que es más probable que pase es que el baile no le salga tan bien como en los ensayos debido a los nervios que le están generando esos pensamientos.

Anexo D: Ejemplo registro modelo ABC**Tabla D***Registro modelo ABC*

Situación	Pensamiento	Consecuencia
Mi padre baje a mi perra a la calle	“Seguro que le pasa algo a mi perra”	Tener ansiedad y mucha preocupación

Anexo E: Autorregistro

Tabla E1

Autorregistro modelo ABC

Situación	Pensamiento	Consecuencia
Poder ir a dormir a casa de su abuela	<p>“Tengo miedo de que le pase algo a mi familia”</p> <p>“No voy a ser capaz de dormir y al día siguiente voy a estar muy cansada”</p>	<p>Estar nerviosa y no ir a dormir a casa de su abuela.</p>
Ir en coche	“Me va a pasar algo malo”	<p>Estar muy nerviosa y rodearse de cojines para estar más segura.</p>
Hablar con compañeros de clase que no tengo confianza	<p>“Van a pensar que soy rara”</p> <p>“No les voy a caer bien”</p>	<p>Ponerme nerviosa, apretar las manos clavándome las uñas, hablar muy poco.</p>

Tabla E2*Registro pensamientos adaptativos*

Situación	Pensamiento adaptativo	Posible consecuencia
Poder ir a dormir a casa de su abuela	“Seguro que me lo paso genial” “la abuela me va a cuidar”	Ir a casa de la abuela
Ir en coche	“No me va a pasar nada” “Lo he hecho muchas veces”	Ir tranquila y sin cojines
Hablar con compañeros de clase que no tengo confianza	“Es una buena posibilidad para hacer amigos” “No van a estar atentos a todo lo que hago”	Estar tranquila

Anexo F: Lista de autoverbalizaciones

- “Esta situación va a pasar y si respiro tranquila pasará más rápido”
- “He aprendido a respirar tranquila, lo sé hacer”
- “Seguro que no le pasa nada a mis padres” “Van a estar bien”
- “No me va a pasar nada, voy a estar bien”
- “Soy capaz”
- “No ha sido para tanto” “Lo he hecho bien” “He sabido controlar mi respiración”

Anexo G: Ejemplo autoverbalizaciones

Se le pone el supuesto de que tiene que ir a comprar el pan sola. Se le explica que está en la panadería y empieza a sentir mucho calor, se le comienza a acelerar el corazón y la respiración. En este momento se le pide a C. que se diga algún pensamiento adaptativo para esta situación: “he aprendido a controlar la respiración, voy a conseguirlo” “no me va a pasar nada” “estoy haciéndolo muy bien”.