

Trabajo Fin de Máster

Protocolo Unificado para el tratamiento
transdiagnóstico de los trastornos emocionales en
una niña con Trastorno de Ansiedad Generalizada:
análisis de caso único.

Autora/es

Lidia Bernabé Pérez

Directora/es

María Sonsoles Valdivia Salas

Índice

Resumen	3
Introducción.....	4
Material y método.....	8
Participantes	8
Instrumentos	8
Análisis de datos.....	15
Análisis de pruebas estandarizadas	19
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	24
Anexos	27

Resumen

El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (PU) es una intervención derivada de la terapia cognitivo-conductual, cuya base es la adecuada regulación emocional para tratar un amplio abanico de trastornos emocionales. El objetivo de este trabajo fue intervenir en un caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y comprobar la eficacia del PU-N (versión niños), adaptado a las necesidades específicas del caso. El tratamiento abarcó la sintomatología típica para el TAG, en combinación con conductas asociadas a la impulsividad y comportamiento disruptivo. Se utilizaron diversas técnicas incluidas en el PU como: psicoeducación emocional, exposición interoceptiva, identificación de pensamientos irracionales, flexibilidad cognitiva, mindfulness, resolución de problemas, exposición en vivo a situaciones emocionales y reducir la evitación/escape de situaciones emocionales desagradables. Además, también se incluyó una economía de fichas a demanda del caso. Los resultados mostraron una mejoría en cuanto a síntomas físicos y motores, así como cambios en las creencias irracionales acerca de la ansiedad y una reducción de las conductas de evitación-escape. La economía de fichas también influyó positivamente en la impulsividad y las conductas disruptivas. Convendría aislar los elementos del PU y comprobar su eficacia por separado para futuras investigaciones.

Palabras clave: TAG, transdiagnóstico, PU, cognitivo-conductual.

Introducción

Cada vez es más difícil ignorar la problemática que existe referente a la comorbilidad entre los diferentes trastornos emocionales dentro del campo de la salud mental. A pesar de que en el DSM-5 se haya incluido un enfoque más dimensional que en las anteriores ediciones, el manual sigue considerando que cada categoría diagnóstica es diferente y con propiedades claramente definidas (Echeburúa et al., 2014), por lo que dicha comorbilidad supone un problema grave a la hora de diagnosticar e intervenir para los profesionales clínicos. Muchos pacientes que presentan más de un trastorno no se pueden beneficiar de los protocolos de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ya que se trabaja con manuales dedicados a tratar trastornos aislados y específicos (Rosique et al., 2019).

Los casos de pacientes con diagnóstico principal y diagnósticos secundarios son más habituales en la práctica clínica de lo que pueda parecer. Sin ir más lejos, entre los individuos con diagnóstico de fobia social, un 88% presenta también otro diagnóstico de trastorno mental, y un 60% tiene más de dos trastornos comórbidos (Rosique et al., 2019). Siguiendo la misma línea, Brown y Barlow (2002) aseguraron que el 55% de personas con un trastorno emocional mantenían también otro trastorno emocional de forma simultánea. En concreto, en población adolescente, en un estudio realizado en 2014 en participantes españoles de entre 12 y 16 años, el 58% de aquellos que presentaron Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) presentaban, como mínimo, otra psicopatología, siendo la más frecuente otro trastorno de ansiedad, con un 48,3% (Rojo et al. 2014). Según Masi et al. (2004) solamente un 12% de adolescentes presenta el TAG de manera única o “pura”, mientras que entre el 53% al 75% de adolescentes presentan el TAG acompañado de otros trastorno de ansiedad. En cuanto a la población infantil, el 39% de los niños cumplieron los criterios de más de un trastorno de

ansiedad. De hecho, los niños con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social tienen más probabilidades de tener otros trastornos afectivos asociados (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016).

Los recientes desarrollos en el campo de la psicología y la problemática con la comorbilidad entre trastornos han estimulado la necesidad de generar enfoques dimensionales y transdiagnósticos. Los modelos transdiagnósticos destacan por concebir los trastornos como un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Entre las principales propuestas de carácter transdiagnóstico, destacan la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), la Teoría Transdiagnóstica de Christopher G. Fairburn para tratar los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) o el Protocolo Unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales (PU) de David H. Barlow. El presente trabajo se va a centrar en la puesta en marcha del PU de David H. Barlow. Dicho autor, junto a sus colaboradores (2010) propusieron un protocolo transdiagnóstico, el PU, donde hace referencia a tres tipos de vulnerabilidades que se encuentran estrechamente relacionadas en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los TE. En primer lugar, la vulnerabilidad biológica general vendría a referirse a aquello con lo que nacen las personas (heredabilidad), la vulnerabilidad psicológica general, la cual se corresponde a cambios en la función cerebral debido a experiencias tempranas desafortunadas, y la vulnerabilidad psicológica específica (estresores vitales), la que ayuda a explicar por qué se desarrollan determinados trastornos emocionales y no otros (Barlow, 1998). En relación la vulnerabilidad biológica y psicológica general, Brown y Barlow (2009) proponen dos dimensiones básicas de temperamento que influyen en la etiología y curso de los TE, que son el neuroticismo/afecto negativo y extraversión/afecto positivo relacionados con el sistema de inhibición y activación comportamental,

respectivamente. El neuroticismo se manifiesta como estrés crónico, percepción de incontrolabilidad en referencia a situaciones futuras, hipervigilancia y baja autoeficacia en habilidades de afrontamiento. El bajo afecto positivo resulta en un menor entusiasmo, interés y gran pesimismo, asociado a una disminución de la actividad del sistema de activación comportamental. Todo lo mencionado, vinculado a estresores vitales (vulnerabilidad psicológica específica) puede llevar al individuo a presentar diferentes síntomas relacionados con los TE (pensamientos intrusivos, activación fisiológica, conductas de evitación, etc.). En conclusión, se considera que los TE se van conformando debido a la combinación de varias vulnerabilidades comunes, que asociadas a situaciones de estrés psicosocial, puede conllevar la aparición de diferentes formas o representaciones de los TE (Barlow et. al, 2011).

El PU hace hincapié en la importancia de la regulación emocional como un mecanismo fundamental para entender los TE. La regulación emocional está relacionada con el método que las personas ponen en marcha para modificar o influir en las experiencias emocionales que están viviendo. Algunas de estas estrategias ayudan a tolerar estos estados emocionales de forma más eficaz, otras, sin embargo, desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión, como la rumiación y el intento de suprimir la experiencia. El PU se publicó en 2011 e iba dirigido únicamente a población adulta. Recientemente, en el año 2018 se publicó la versión dirigida a población infantil y adolescente, desarrollada por los mismos autores que para el PU original. El manual (PU-A) dirigido a adolescentes presenta un formato individual y tiene una duración de 9 sesiones, repartidas en 9 módulos de tratamiento. La parte que va dedicada a la población infantil (PU-N) presenta un formato grupal (tanto grupo de niños/as como de padres y madres), y se establece en 15 sesiones de tratamiento (Barlow et. al, 2011).

Varias investigaciones a nivel internacional han concluido la eficacia del PU para niños y adolescentes. Un metaanálisis que evaluaba si el PU da lugar a cambios significativos en la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión en niños, adolescentes y adultos (Leonardo, Aristide y Michela, 2021), concluyó que la intervención con el PU superó las condiciones de control pasivo y activo para tratar los trastornos emocionales. En dicho metaanálisis, se contemplaron 19 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 13 ensayos pre-post no controlados que incluían a 2.183 participantes. Se comprobó un tamaño del efecto de grande a moderado para la depresión combinada con ansiedad en los estudios pre-post no controlados y se observó un tamaño del efecto grande desde el pretratamiento hasta el seguimiento de 3 a 6 meses. A pesar de que el efecto es grande, se confirmó que varía en función del nivel de experiencia del terapeuta, las características de la muestra y las adaptaciones del PU. Por otra parte, a nivel nacional existen diversas investigaciones de caso único dirigidas a adolescentes donde se aprecian beneficios para el paciente a corto plazo. Un ejemplo de ello sería el trabajo de Herrador de la Cruz (2021) o de Doménech-Fernández (2019), donde se aprecian reducciones significativas en síntomas depresivos y ansiógenos, así como de conductas de perfeccionismo y emoción expresada. Por el contrario, en relación a la población infantil (de 6 a 12 años) existe escasa investigación de la aplicación del PU-N en diseños de caso único, debido a que en principio, el manual está diseñado para una aplicación grupal. Sin embargo, se dan indicaciones en este mismo manual para que se pueda llevar a cabo, mediante algunas modificaciones, la aplicación a nivel individual. Es por ello que se genera una necesidad de investigación en casos donde, debido a falta de tiempo, recursos y usuarios disponibles, la aplicación del PU a nivel grupal se vuelve improbable.

El objetivo del presente trabajo es comprobar la eficacia del PU-N en un caso de una niña de 10 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada combinado

con un bajo autocontrol de la ira. Gracias a la aplicación del PU-N, se prevé una reducción de la sintomatología ansiosa, así como de los episodios de agresividad.

Material y método

Participantes

M. es una niña de 10 años escolarizada en el quinto año de primaria en el mismo colegio donde realizó la educación infantil. Es la hija mayor de una familia estructurada con ausencia de acontecimientos estresantes, según refieren. La paciente llega al centro Cares, especializado en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos de la infancia y adolescencia. En dicho centro se realiza la evaluación por parte de la autora del presente trabajo, los cuales se mostrarán en el apartado de resultados. Tras la evaluación, se verifica que presenta Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), según la clasificación del DSM-5 (APA, 2014), por lo que cumple los criterios de inclusión para el estudio.

Instrumentos

La evaluación se inició con una entrevista semiestructurada a la familia donde se abordó el motivo de consulta, la respuesta de la niña ante los episodios de ansiedad, el carácter de las preocupaciones, la reacción de los padres, los repertorios conductuales de M., la historia del problema y las repercusiones negativas que pudieran tener tanto para la menor como para la familia. También se indagó en si la paciente había estado tratamientos psicológicos anteriores, así como en su desarrollo vital (condiciones del parto de la madre, desarrollo madurativo, hitos del desarrollo infantil, etc.). En segundo lugar, se llevó a cabo una entrevista más breve con la niña, apoyada en la parte introductoria del PU-N (manual del paciente), en la que se pretendía conocer en qué medida era consciente del problema y los objetivos de intervención. La evaluación se

realizó una semana previa y una semana después de la fase de intervención, con el fin de comprobar los cambios obtenidos gracias a la misma. Se emplearon tanto instrumentos de evaluación autoinformados como de información externa (familia). Las herramientas utilizadas se caracterizan por evaluar, en mayor medida, sintomatología ansiosa, y son las siguientes:

- Spence Children Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998): se utilizó para conocer el nivel de ansiedad en distintos tipos de trastornos de ansiedad por parte de la niña. Consta de 44 ítems y ha demostrado alta consistencia interna en muestra española, con alpha de Cronbach = .92-.94 (Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina, y Espada, 2012).
- Escala revisada de Ansiedad y Depresión infantil (RCADS-30): se trata de versión española reducida de 30 ítems de la Escala Revisada de Ansiedad Depresión Infantil RCADS (Chorpita et al., 2000). Esta forma abreviada (RCADS-30) consiste en seis subescalas de 5 ítems cada una que miden los mismos trastornos de ansiedad y depresión que la escala original. Ha demostrado una consistencia interna alta-media en muestra española, con alpha de Cronbach = .79 (Piqueras, Pineda, Martin-Vivar, y Sandín, 2017).
- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001): administrando la versión española (Orgilés, Morales, Fernández-Martínez, Ortigosa, y Espada, 2018) para evaluar las conductas de afrontamiento que se llevan a cabo ante una situación estresante. Consta de 36 ítems y alpha de Cronbach = .75-.87 (Garnefski y Kraaij, 2007). Se compone de 9 escalas: Catastrofización (Cat.), Poner en perspectiva (P.P), Culpar a otros (CO), Autoculparse (A.C), Focalización en planes (Plan.), Aprendizaje positivo (A.P), Focalización positiva (F.P), Aceptación (Acep.) y Rumiación (Rum.).

- Formulario de seguimiento de los principales problemas semanales: se trata de un formulario incluido dentro del PU de niños y adolescentes (manual del terapeuta) donde se escriben los principales problemas del paciente, dando una puntuación subjetiva dependiendo de la gravedad percibida de 0 a 10 (Anexo 1).

Para establecer la línea base, se solicitó tanto a la familia como a la niña que completasen un registro y autorregistro, respectivamente, durante la siguiente semana (véase Tablas 1 y 2), y así conocer la frecuencia, duración e intensidad de la conducta problemática.

Tabla 1. Registro para la familia (respuesta ansiosa).

Fecha	¿Qué hace M.?	N.º de veces	Duración	Intensidad (0-10)

Tabla 2. Autorregistro de M. (respuesta ansiosa).

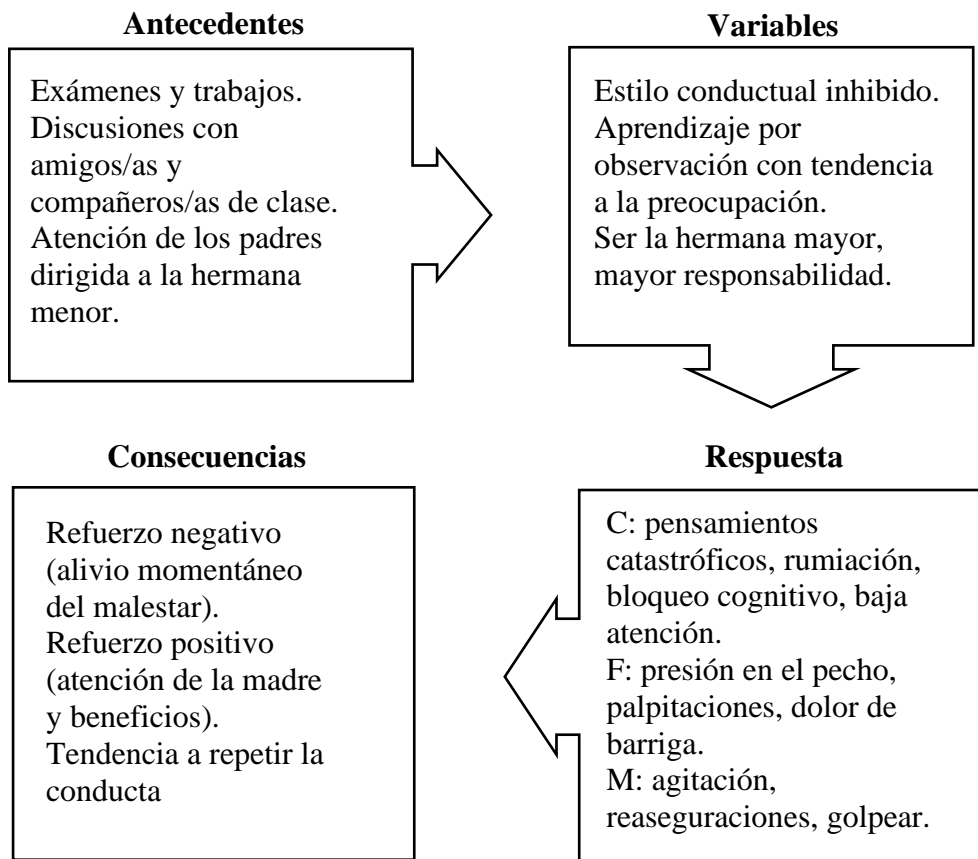
Fecha	¿Cómo me siento?	¿Qué hago?	¿Cuánto tiempo?	Intensidad (0-10)

Además de los registros de conducta mencionados anteriormente, se utilizó un registro de marcación (Anexo 2) con los principales problemas que la familia advirtió (gritar o pegar a la hermana menor, romper mobiliario de casa, poca autonomía con las tareas escolares, etc.). Para asegurar la adherencia al tratamiento, y en concreto, a la realización de las tareas para casa, se utilizaron los recursos disponibles del PU-N donde se consiguen recompensas personalizadas por llevar a cabo las tareas semanales. Las recompensas se pueden ver en el Anexo 4. Los registros/autorregistros siguieron midiendo la conducta durante todo el tratamiento.

Análisis funcional

El TAG que padece M. se explica por un déficit en el control de sus pensamientos y emociones, ya que a menudo en los autorregistros completados por la niña se observaron descripciones vagas sobre las sensaciones físicas, pensamientos y emociones: “no sé qué me pasa”, “quiero gritar y estirarme del pelo”, “necesito ayuda”, “me quema algo por dentro”, “se me va la cabeza”, “pienso que suspenderé”. Esta ausencia de control cognitivo y emocional está incrementada por la reacción que M. percibe en el entorno familiar, ya que la figura materna alimenta las preocupaciones al responder a cada una de las cuestiones de M. de forma inadecuada. Como consecuencia, los episodios de ansiedad se mantienen por el alivio momentáneo del malestar que la niña siente al ser atendida por su madre, ya que actúa como refuerzo negativo al no enfrentarse a la emoción que está sintiendo. Esto se puede ver en los registros cumplimentados por los padres y en los inicios de cada sesión, donde admiten que no dejan que la niña experimente las emociones desagradables, sino que la sacan de la situación ansiógena: “Cuando M. está nerviosa por los exámenes, dejo que tenga la tarde libre, no hace los deberes”, “su padre le apoya durante toda la tarde con los deberes, hasta que al final acaba haciéndolos él”, “si discute o pega a su hermana, llora y nos sentimos mal, así que le acabamos comprando materiales de decoración para que se sienta mejor”. En el caso de las conductas de agresividad e ira, habitualmente dirigidas hacia su hermana menor, no se lleva a cabo un manejo de contingencias adecuado por parte de los padres, ya que no son firmes, discuten repetidamente con la menor sobre las normas impuestas, ceden ante las peticiones de M. (recompensan el comportamiento inadecuado para la convivencia) por lo que la conducta problemática se ve reforzada en la menor. En la Figura 1 se representa el análisis funcional de manera esquemática.

Figura 1. Representación esquemática de las variables implicadas en el análisis funcional. C (respuesta cognitiva), F (respuesta fisiológica), M (respuesta motora).



Análisis topográfico

A partir de la información obtenida durante la entrevista y los registros/autorregistros cumplimentados por la niña y por la familia, se estableció una línea base. Se observó que los episodios de preocupación excesiva eran muy frecuentes. M. manifestó doce episodios de ansiedad los primeros siete días de registro, los cuales tuvieron una media de intensidad de la emoción de 8 (en una escala de 0 a 10) y una duración media de dos horas. La madre explica que ante los episodios de M. intenta paliar todas sus preocupaciones hablando repetidamente de ello. Describe los episodios como persistentes y estresantes, mientras que M. alega que muchas veces no puede sacarlos de su cabeza. Son de tipología académica y social, principalmente. En cuanto al control de ira, se registraron 52 episodios durante la primera semana, dirigidos tanto

hacia la hermana menor (golpes, insultos y gritos), como hacia objetos externos (mobiliario hogar).

Planteamiento de la intervención

Las sesiones del PU-N se distribuyen a lo largo de las letras que forman la palabra “claves” en referencia a las pistas que los detectives de las emociones tienen que encontrar para conocer, identificar y aprender a sentir las sensaciones físicas y las emociones. El significado de las letras de “claves” es el siguiente:

- **C**: conocer cómo me siento.
- **L**: localizar mis pensamientos.
- **AV**: avanzar pensando como un detective y resolviendo problemas.
- **E**: experimentar mis emociones.
- **S**: seguir bien y feliz.

En el protocolo se trabaja la regulación de las emociones desde las tres partes de una experiencia emocional (sensaciones físicas, pensamientos y comportamiento), las cuales son tratadas por separado en diferentes módulos. Además se incluyen técnicas de atención plena (mindfulness), experimentos conductuales y exposición en vivo. El tratamiento ha sido adaptado a un caso individual, ya que en el manual está dirigido a una intervención grupal (tanto menores como familiares). Además, otra modificación ha sido la inclusión de una economía de fichas adicional para erradicar los episodios de agresividad de la niña lo antes posible (Anexo 3) . A continuación se detallan los módulos de tratamiento en la siguiente tabla:

Tabla 3. Módulos y sesiones de tratamiento.

MÓDULO	SESIÓN	OBJETIVOS M.	OBJETIVOS PADRES
Habilidad C	○ Sesión 1	• Conocer las 3 partes de las emociones.	• Utilizar el refuerzo positivo.
	○ Sesión 2	• Actuar de forma opuesta a como piden las emociones.	• Expresar empatía.
	○ Sesión 3		• Entrenamiento economía de fichas
	○ Sesión 4	• Identificar y exponerse a las sensaciones físicas.	
Habilidad L	○ Sesión 5	• Identificar las trampas de pensamientos (pensamientos irracionales).	• Aprender sobre los tipos de refuerzo y castigo. • Consistencia reforzadores.
Habilidad AV	○ Sesión 6	• Pensar como un detective (técnica del semáforo).	• Proporcional a la hija independencia saludable.
	○ Sesión 7	• Aprender a resolver problemas.	• Modelamiento hacia la hija.
Habilidad E	○ Sesión 8	• Aprender a mantener la conciencia en el momento presente y sin juzgar (mindfulness).	• Utilizar los comportamientos de crianza opuestos para apoyar a M. en las exposiciones.
	○ Sesión 9		
	○ Sesión 10		
	○ Sesión 11	• Exposición a situaciones emocionales.	
Habilidad S	○ Sesión 12	• Prevención de recaídas y entrega de diploma.	• Identificar las señales de alarma de recaídas.

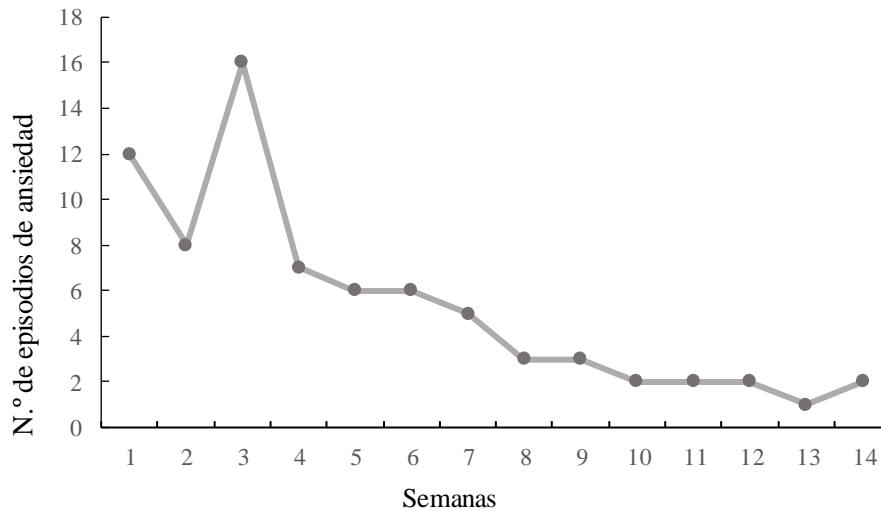
Análisis de datos

Las variables dependientes que se analizaron para medir el cambio fueron la frecuencia, duración e intensidad tanto de los episodios de agresividad como de los de ansiedad. Para ello se utilizaron autorregistros y registros de dichos comportamientos. Para comprobar si la menor había alcanzado una mejoría constatable en la parte de ansiedad se utilizaron escalas y pruebas específicas de los trastornos de ansiedad (SCAS, RCADS-30) y para comprobar si la menor había desarrollado estrategias de regulación emocional positivas, se utilizó el CERQ. En la SCAS se utilizaron puntuaciones transformadas (percentiles). Dichas puntuaciones se obtuvieron sumando las puntuaciones directas de cada subescala y con la ayuda de los baremos poblacionales se otorgó el percentil correspondiente. Un percentil por encima de 84 sugeriría ansiedad elevada. En el caso de la RCADS y el CERQ, se utilizaron puntuaciones directas revisando el punto de corte, por lo que su interpretación debe tomarse con cautela.

Resultados

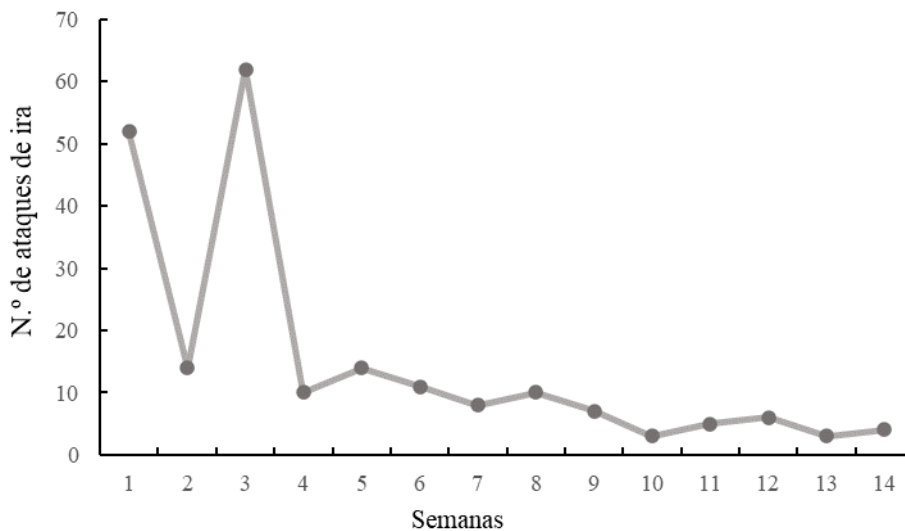
La Figura 2 representa los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia en las 14 semanas en las que se aplicó el PU-N. La línea base muestra una frecuencia de 12 episodios de ansiedad a la semana. El inicio del tratamiento con psicoeducación emocional y economía de fichas (Anexo 3) reflejó una mejoría la primera semana en cuanto a síntomas físicos y motores derivados de la ansiedad (presión en el pecho, palpitaciones, dolor de barriga y reaseguraciones), aunque en la segunda semana la frecuencia de episodios se vio incrementada debido a una interrupción del tratamiento de una semana. No obstante, cuando éste se volvió a retomar (tercera semana) la frecuencia descendió notablemente hasta el final del tratamiento.

Figura 2. Datos de la frecuencia semanal de episodios de ansiedad.



En cuanto a la frecuencia de los ataques de ira, en la línea base se observaron 52 episodios de diversa tipología (dirigidos hacia su hermana y hacia objetos externos). En la Figura 3 se representan los datos gráficamente:

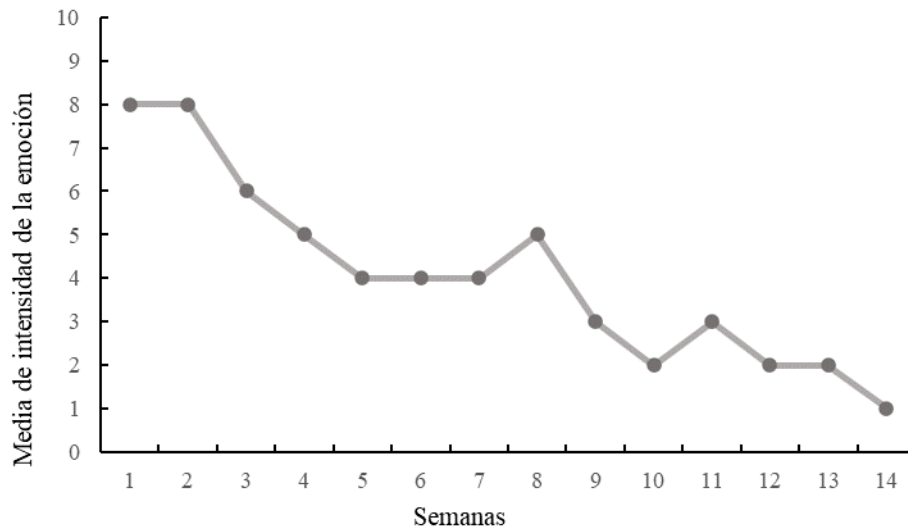
Figura 3. Datos de la frecuencia semanal de ataques de ira.



Por otra parte, la Figura 4 muestra que la intensidad de la emoción también disminuyó. La media de intensidad en la primera semana fue de 8 puntos (en una escala subjetiva de 0 a 10). Esta puntuación se mantuvo en la segunda semana, pero gracias a los incentivos presentados en la primera sesión a la menor, la técnica de actuar de forma

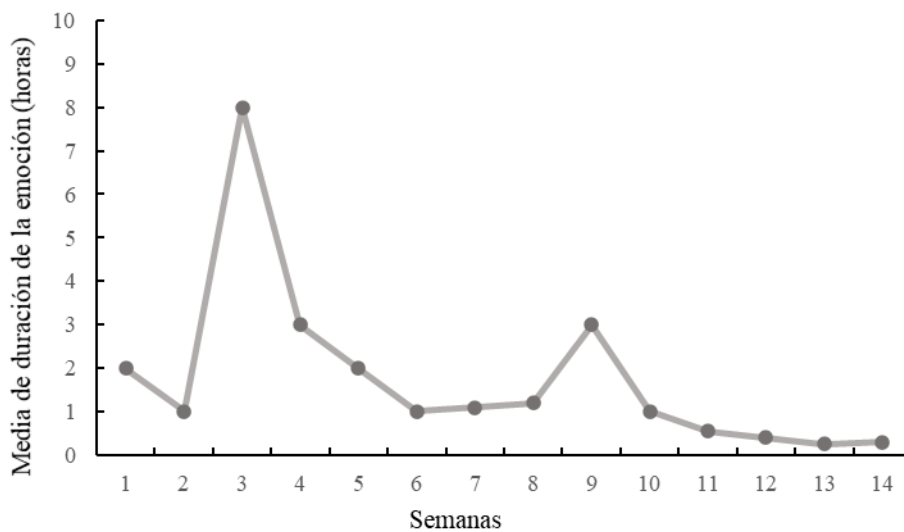
opuesta a lo que la emoción dicta y la educación emocional, la intensidad de los episodios de ansiedad se vio reducida de manera constatable.

Figura 4. Datos de la intensidad semanal de los episodios de ansiedad.



La duración de los episodios de ansiedad también se ven reducidos desde la tercera semana. En la semana de línea base, la duración media fue de 2 horas aproximadamente, mientras que al finalizar el tratamiento la duración de los episodios fue de 20 minutos/semana, como se visualiza en la Figura 5.

Figura 5. Datos de la duración semanal de los episodios de ansiedad.



Los autorregistros también informan acerca de cómo las estrategias de afrontamiento de evitación y escape de M. disminuyeron. En los registros cumplimentados por la niña, se observa que va aumentando su autonomía e independencia respecto de su madre, ya que con el paso de las semanas las peticiones constantes de atención y las reaseguraciones descienden notablemente. Esto se observa en los registros de 5 columnas incluidos dentro del PU-N, donde M. en lugar de utilizar estrategias de petición de ayuda a familiares, es capaz de llevar a cabo una de las técnicas aprendidas en terapia para solucionar su problema, como la técnica del abanico (flexibilidad cognitiva). El cambio de las estrategias de afrontamiento pudo verse motivado por la economía de fichas, donde se reforzó las conductas de autonomía.

En cuanto al formulario de seguimiento de los problemas semanales, en la siguiente tabla se muestran los datos comparativos entre pretest y postest, puntuados en relación a la gravedad subjetiva percibida (0-10) tanto para la niña como para la familia:

Tabla 3. Datos del formulario de seguimiento de los problemas semanales.

	<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación
	niña	familia	niña	familia
Nervios ante exámenes	10	8	4	5
Bajo control del enfado	8	9	5	6
Negativismo	9	8	6	4

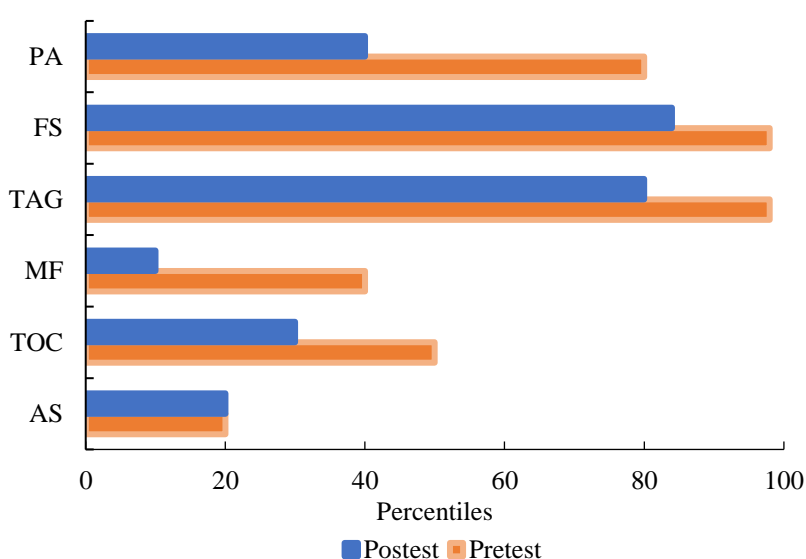
Como se puede observar en la tabla anterior, la gravedad subjetiva de los problemas semanales disminuye notablemente, pasando de intervalos de entre 8-10 en el pretest, hasta intervalos de gravedad entre 4-6 en el postest.

Análisis de pruebas estandarizadas

- **Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)**

A continuación, se muestra la comparativa de resultados de la evaluación pretest y postest de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, Spence, 1998).

Figura 6. Resultados en percentiles de la evaluación pretest y postest de la SCAS cumplimentada por la niña.

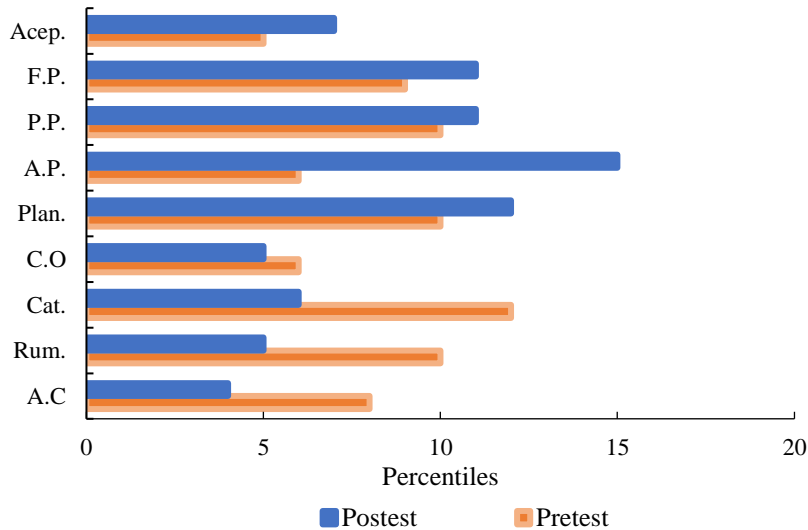


Como se muestra en la Figura 6, los percentiles han disminuido su valor hasta ver una disminución notable en todos los tipos de trastornos de ansiedad (Ansiedad por separación, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Miedo al daño físico, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia social, y Pánico y Agorafobia).

- **Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ)**

Para conocer la comparativa entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por la niña antes y después del tratamiento, los resultados del Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ; Orgilés, 2018) se detallan a continuación en la Figura 7. La máxima puntuación directa es 20 puntos.

Figura 7. Representación gráfica de los resultados de la evaluación pre y post tratamiento del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ).



En la Figura 7, los primeros cuatro factores (Autoculparse, Rumiación, Catastrofización y Culpar a otros) son aquellos que muestran unas estrategias de afrontamiento más negativas, mientras que los otros cinco factores (Focalización en planes, Aprendizaje positivo, Poner en perspectiva, Focalización positiva y Aceptación) están enfocados a un desempeño de la conducta positiva. Se puede observar una clara curva invertida después del tratamiento, ya que en la línea base los factores en los que más alto puntuaba la menor son aquellos en los que se emplean dichas estrategias negativas, mientras que en las estrategias de afrontamiento positivo la puntuación fue baja. Después del tratamiento, los resultados son totalmente opuestos, puntuando más alto en las estrategias positivas y más bajo en las estrategias negativas.

- **Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30)**

A continuación se muestran los resultados pre y posttest de la RCADS-30.

Tabla 3. Puntuaciones pretest y posttest en la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30).

	Puntuación Pretest	Puntuación Posttest	Punto de corte
Trastorno de Depresión Mayor	10	3	4
Trastorno de Pánico	1	1	5
Fobia Social	9	8	8
Trastorno de Ansiedad por Separación	8	7	8
Trastorno de Ansiedad Generalizada	10	6	7
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	4	3	4

M. obtiene puntuaciones por encima del punto de corte en las escalas “Trastorno de ansiedad generalizada” y “Fobia social”; además de en “Trastorno de depresión mayor” en la preevaluación. Sin embargo, se pueden observar los cambios en las puntuaciones una vez finalizado el tratamiento, donde la única escala que se aproxima al punto de corte es la de “Fobia social”.

Conclusiones

En este trabajo se presenta un caso de TAG acompañado de episodios de agresividad, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia del PU-N. Tras la intervención, se observó una reducción de la sintomatología de ansiedad, por lo que se confirmó la hipótesis inicial. No solo se redujo la sintomatología de ansiedad y los episodios de agresividad, sino que aumentaron las estrategias positivas de afrontamiento y de autonomía, por lo que la eficacia del tratamiento fue superior a la esperada. Las conductas de evitación-escape disminuyeron notablemente gracias a las exposiciones en vivo de la última parte del PU-N, y el autocontrol y manejo emocional fue favorable al finalizar el tratamiento.

A nivel internacional, un ensayo piloto controlado aleatorizado por Kennedy, Bilek y Ehrenreich-May, 2019), evidencia que el PU-N puede ser al menos tan eficaz en el tratamiento de la ansiedad como los protocolos de tratamiento específicos para la ansiedad bien respaldados y puede producir mayores ganancias en ciertas variables de regulación y reactividad emocional. Estos resultados se pueden comparar con el presente estudio ya que se han obtenido resultados favorables en cuanto a las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento.

Los resultados obtenidos en el presente estudio también podrían compararse con diversas investigaciones realizadas en España, como el programa Super Skills for Life (Fernández-Martínez et al., 2019), el cual, mediante una terapia de índole cognitivo-conductual pero aplicada de manera transdiagnóstica, ha logrado disminuir no solo los niveles de depresión y ansiedad en niños/as, sino que también ha influido de manera positiva en otros problemas externalizantes (problemas de conducta). Al igual que el tratamiento del presente estudio, donde la modificación de diversas variables del trastorno de ansiedad ha logrado influir en los episodios de agresividad.

Una de las limitaciones del estudio fue la escasa comunicación entre la psicóloga y el centro escolar. Habría sido recomendable poder establecer una comunicación con el tutor académico de la niña para transmitir todas las estrategias que se siguieron durante el tratamiento, para así implantarlas en el ámbito escolar y generalizar los aprendizajes. Sin embargo, desde el ámbito familiar todos los miembros se mostraron participativos desde la primera sesión, aplicando cada una de las indicaciones que se debían tomar en el hogar. La imposibilidad de poder hacer un seguimiento del caso ha dificultado comprobar resultados a largo plazo, lo que podría considerarse otra limitación.

Los juegos terapéuticos utilizados como método de aprendizaje con la menor resultaron un avance esencial y significativo durante la terapia. El diseño de las sesiones también supuso un punto a favor del aprendizaje progresivo y la adecuada relación terapéutica entre la niña y la psicóloga. Cada sesión fue incrementando la dificultad de contenidos, de modo que la adaptación a la situación de terapia fue progresiva y cuidadosa. Con esta técnica, junto con los incentivos propuestos dentro del manual del paciente, se logró una buena adherencia al tratamiento.

La realización del presente estudio ha esclarecido la necesidad de potenciar la investigación de las terapias transdiagnósticas, debido a que el uso adecuado de ellas podría suponer un ahorro de energía, tiempo y recursos, tanto para el sujeto tratado como para el profesional. Las terapias transdiagnósticas rompen con la barrera entre distintos trastornos, uniendo varias terapias que en principio se aplicaban por separado, en una única entidad. De esta manera, se obtienen resultados positivos para distintos trastornos que comparten síntomas, como pueden ser la depresión y la ansiedad. Con ello, se produciría un ahorro de tiempo de la terapia y podría servir como método de prevención para aquellos niños/as y adolescentes que tengan factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno internalizante.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D. (1988): Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Brown T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. Barlow (Ed.), Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (pp. 292-327). Nueva York: Guilford Press.
- Celis, A., y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8, 21-23.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C.E., Umemoto, L.A., y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835–855
- Domenech-Fernández, A. (2019). Tratamiento transdiagnóstico aplicado a trastornos emocionales en adolescentes: un diseño de caso único.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M., (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Facio, A., Virginia, M., y Groh, J. (2019). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. *Investigaciones en psicología*, 24 (2), 24.

- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 24-31. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.3.3
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. doi: 10.1027/1015-5759.23.3.141
- Herrador de la Cruz, M. (2021). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de problemas emocionales en un adolescente: análisis de un caso.
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., y Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*, 43(3), 330-360.
- Leonardo, C., Aristide, S., & Michela, B. (2021). On the efficacy of the Barlow Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 101999.
- Orgilés, M., Morales, A., Fernández-Martínez, I., Ortigosa-Quiles, J. M., y Espada, J. P. (2018). Spanish adaptation and psychometric properties of the child version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *PLoS One*, 13(8). doi: 10.1371/journal.pone.0201656
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S., Huedo-Medina, T., y Espada, J. (2012). Spanish Validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 271–281. doi: 10.1007/s10578-011-0265-y
- Piqueras, J. A., Pineda, D., Martín-Vivar, M., & Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and

- Depression Scale– 30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 183-196.
- Rojo, L., Arques, S., Plumed, J. J., Barberá, M. A., Castelló, J., Livianos, L., y Gimeno, N. (2014). Prevalencia y comorbilidad del Trastorno de Ansiedad Generalizada en una muestra española de escolares adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 20, 236-237.
- Rosique, M., Sandín, B, Valiente, R., García-Escalera, J., y Chorot, P.. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del Protocolo Unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28, 80.
- Sánchez, R. O., y Montes, S. A. (2019). La taxonomía jerárquica y el factor general de psicopatología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 65(2), 116–129.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 187.
- Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Tayeh, P., Agámez, P., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18.

Anexos

ANEXO 1

Apéndice 11.1: Formulario de seguimiento de los principales problemas semanales


Formulario de seguimiento de los principales problemas semanales								
NIÑO/A			PADRE/MADRE					
1.			1.					
2.			2.					
3.			3.					
No hay ningún problema			Algo de problema			Mucho problema		
0	1	2	3	4	5	6	7	8

	<u>Puntuación niño</u>			<u>Puntuación padre</u>			
	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 1	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 2	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 3	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 4	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 5	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 6	1. _____	2. _____	3. _____	1. _____	2. _____	3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?

Sem 7	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 8	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 9	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 10	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 11	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 12	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 13	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 14	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?
Sem 15	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Qué ha funcionado bien esta semana?

ANEXO 2

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Contesta inadecuadamente a su hermana							
Pega a su hermana							
Grita a su hermana							
Pide ayuda para estudiar tras orientarle							
Deja el estudio/deberes a mitad							
Es incapaz de empezar las tareas							
Rompe mobiliario de la casa							

TABLA DE PUNTOS								
TAREAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	
 <p>He estado con mi hermana tranquilamente y he controlado el enfado (no he pegado, no he insultado, no he gritado)</p>	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	
	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	
	Noche	Noche	Noche	Noche	Noche	Noche	Noche	
<p>MI OBJETIVO SON</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div> <p style="text-align: center;">PUNTOS</p>							<p>Si consigo 5 puntos o más 😊</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div>	<p>Si consigo menos de 5 puntos 😞</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; margin: 10px auto;"></div>

Hoja de trabajo 2.2: Lista de premios

Actividades especiales o premios por ser valientes y hacer cosas nuevas

¡Hola! Soy Gema. Esta semana has hecho un buen trabajo reflexionando sobre tus emociones. Sabemos que ser valiente y hacer cosas nuevas puede ser difícil para los niños. ¡Que nos den premios a veces puede ayudar a que nos cueste menos hacer cosas difíciles!

Habla con tus padres para entre todos pensar en premios que podrían ayudarte a ser valiente y hacer cosas difíciles. ¡Tu terapeuta también puede ayudaros! Los premios pueden ser **actividades especiales** como jugar a tu juego de mesa favorito o ir al cine con tu padre/madre. También pueden ser **pequeños caprichos** como pasar tiempo con un amigo a quien no sueles ver o incluso salir a tomar un helado!

Asegúrate de que se te ocurran distintos premios, algunos más pequeños (como que te den pegatinas) y otros más grandes (como ir al cine o elegir qué comer en la cena).



Premios por hacer cosas que son un poco difíciles:

- Elegir la cena

- Elegir adónde ir



Premios por hacer cosas que son bastante difíciles:

Comprar material manualidades



Premios por cosas que son muy difíciles:

- Salida los viernes con amigos y hacer una juera

- Momento con mamá a solas

Además de las recompensas mostradas, se creó un puzle donde la niña iba consiguiendo piezas de este a medida que iba cumpliendo las tareas para casa. El puzle completo formaba una recompensa mayor, en este caso una excursión al autocine porque a la menor le gustaba mucho.