

■ Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite

Laura Mosquera-Gallego

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández de Elche, España

Resumen

La capacidad intelectual límite ha sido muy poco estudiada en comparación con la discapacidad intelectual. Las personas con esta condición presentan dificultades en los ámbitos escolar, social y laboral, y una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En este estudio se presenta el caso de una niña con capacidad intelectual límite con ansiedad social y acoso escolar. La intervención se basó en el Programa IAFS (protocolo para la Intervención en Adolescentes con Fobia Social) y en el Programa CIP (intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado del Bullying). Los resultados reflejan la eficacia del tratamiento mediante el uso de estos programas, ya que se han eliminado la sintomatología de ansiedad social y la situación de acoso escolar. Se discute la necesidad de aumentar los estudios centrados en la elaboración de instrumentos de evaluación y protocolos de intervención específicos para estas personas.

Palabras clave: capacidad intelectual límite; tratamiento cognitivo-conductual; ansiedad social; acoso escolar.

Abstract

Cognitive behavioral therapy for social anxiety and bullying is applied on a child with borderline intellectual functioning. There is limited research on borderline intellectual functioning, as compared to other intellectual disabilities. Those with borderline intellectual functioning have difficulties in school, social settings, labor fields; and frequently have a high comorbidity with anxiety disorders, depression, and attention deficit disorder / hyperactivity disorder. This study outlines the case of a child with borderline intellectual functioning with social anxiety and who is bullied by peers. The intervention is based on the IAFS Program (protocol for Intervention in Adolescents with Social Phobia) and the CIP Programme (Psychoeducational Intervention and Differential Treatment of Bullying). The results reflect the effectiveness of treatment using these programs because social anxiety and Bullying were removed as other external factors. This study discusses the need for more studies focused on the development of assessment tools and protocols specific to the intervention of people with this diagnosis.

Keywords: borderline intellectual functioning; cognitive behavioral therapy; social anxiety; bullying.

La capacidad intelectual límite (CIL) es una entidad compleja que ha sido poco estudiada (Salvador-Carulla et al., 2013) en comparación con la discapacidad intelectual. Las personas con CIL se caracterizan por poseer un cociente intelectual (CI) entre 71 y 84; y dificultades en los ámbitos escolar, social y laboral similares, pero de menor gravedad, que las personas con discapacidad intelectual (Artigas-Pallares, Rigau, & García, 2007). También se define como aquellos individuos que se encuentran una y dos desviaciones por debajo de puntuaciones medias, a partir de pruebas de inteligencia estandarizadas (Emerson, Einfeld, & Stancliffe, 2010).

Los niños con CIL son capaces de adquirir los mismos conocimientos que sus iguales hasta 6º de primaria, necesitando ayuda en la secundaria (Medina, Marcado, & García, 2015). Sin embargo, pueden

presentar una serie de problemas en el ámbito escolar como el bajo rendimiento, debido a las dificultades en el aprendizaje (problemas de lectura, en la expresión escrita, poca atención y concentración), así como baja autoestima e inseguridad, baja tolerancia al fracaso y a la frustración y algunas dificultades en la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Aparte de los problemas en el aprendizaje, se han encontrado alteraciones conductuales y emocionales, afectando al funcionamiento global del individuo, y empeorando su pronóstico a corto, medio y a largo plazo (Atuesta & Vásquez, 2009).

En general, la comorbilidad psiquiátrica es bastante alta en niños y niñas. Sin embargo, en esta población es aún mayor por la presencia de limitaciones cognitivas en estos niños que determinan su funcionamiento (Fenning, Baker, Baker, & Crnic, 2007). Según el

Correspondencia:

Laura Mosquera-Gallego.

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández.

Avda. de la Universidad, s/n. 03202 Elche (Alicante), España

E.mail: laura.mosquera@alu.umh.es

estudio de Atuesta, Vázquez y Urrego (2008), los trastornos con una mayor comorbilidad fueron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (57.14%), y los trastornos ansiosos o depresivos (22.98%).

Según Van-Steensel, Bogels y Perrin (2011), un CI entre 70 y 87 junto con rasgos de trastornos del espectro autista, aumenta el riesgo de trastornos de ansiedad. Asimismo, por un lado, destacan los resultados del estudio de Green, Berkouits y Baker (2015), que demuestran que los niños y niñas con CIL poseen mayores tasas de ansiedad a lo largo de su vida. También, Hassiotis et al. (2008) hallaron que las personas con CIL presentaban mayores problemas sociales, así como más probabilidad de sufrir trastornos neuróticos y de personalidad, y abuso de sustancias. Debido a estas alteraciones a nivel emocional, cabe mencionar que las necesidades de atención y seguimiento desde salud mental en los niños y adultos con CIL son muy necesarias (Emerson et al., 2010). Y por último, según el estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, no solamente muestran dificultades en las habilidades sociales (relacionarse con los demás o solucionar problemas), sino también se encuentra un mayor riesgo de conductas sociales disruptivas o delictivas (Huete, Pallero, & Petisco, 2015). Además, se observa que el bullying es uno de los problemas que frecuentemente afectan a estas personas, a causa de la necesidad de aceptación por los otros niños/as y a sufrir un alto rechazo por parte de sus iguales.

En cuanto a la terminología, se han encontrado dificultades para establecer su definición. Tanto el DSM-IV como el DSM-5 la clasifican dentro de "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", mientras que la CIE-10 lo hace dentro de "Otros síntomas y signos que implican la función cognoscitiva y la conciencia". Sin embargo, otras clasificaciones Europeas lo posicionan dentro de los Trastornos del aprendizaje en el apartado de retardo mental (Atuesta & Vázquez, 2009).

A pesar de las dificultades encontradas en su definición, se encuentran también las que hacen referencia a los datos de prevalencia en la población general. Sin embargo, diferentes estudios indican una prevalencia entorno al 4% (Luque, Elósegui, & Casquero, 2014), o el 3% según el Grupo CONFIL. Es decir, entre 1,350,000 y 1,800,000 personas en España (Salvador-Carulla et al., 2013).

En el diagnóstico, evaluación e intervención de la CIL, cabe señalar que no existen instrumentos o intervenciones específicas para este problema. Según el Grupo de consenso CONFIL 2007 (Salvador-Carulla et al., 2013), la detección precoz es hoy en día un reto, ya que no se encuentran a la hora de la identificación ni rasgos visibles ni fenotipos conductuales. Como señalan Fenning et al. (2007), los déficits de estos niños suelen ser más evidentes a medida que pasa el tiempo, sobre todo cuando comienzan la escuela, ya que se realizan las comparaciones con los iguales y se comprueba el retraso en la adquisición de los aprendizajes.

Por un lado, en la evaluación, aunque no es el único instrumento, destaca la utilidad de las escalas de inteligencia de Wechsler en sus diferentes versiones (WISC-R, WISC-IV, WISC-V y WPPSI-IV), las cuales resultan excelentes para la evaluación de la inteligencia de manera individual (Luque et al., 2014). Por tanto, su resultado es el cálculo del CI de los niños y niñas, siendo en la CIL la equivalente a un CI entre 71 y 84, como se ha indicado anteriormente. Cabe destacar que la evaluación en estos casos debe de ser muy precisa y detallada, ya que puede haber un error de \pm 5 puntos en el CI. De esta manera, se podría diagnosticar la discapacidad intelectual leve si no se hace de manera correcta (Salvador et al., 2013).

Otras pruebas de evaluación del coeficiente intelectual según el Grupo CONFIL son las siguientes: Escala de Bayley del desarrollo infantil (BSID; Bayley, 1969), Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA; McCarthy, 1988), Batería de evaluación de Kaufman para niños (K-ABC; Kaufman & Kaufman, 1983) o Test de inteligencia de Kaufman (K-BIT; Kaufman & Kaufman, 1994).

A la hora de la evaluación de los problemas de ansiedad en estos casos no existen instrumentos específicos para ello. Por tanto para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes se pueden utilizar diferentes instrumentos válidos y fiables que evalúan los diferentes tipos de ansiedad y depresión para niños sin esta condición, como Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997); Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000); o el Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad para niños (STAIC; Spielberg, 1973). Más específicamente para el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), García-López, Piqueras, Díaz e Inglés (2008) señalan diversas escalas, tales como el Inventario de Ansiedad y Fobia Social para niños (SPAI-C; Beidel, Turner, & Morris, 1995) o la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS, Olivares, García-López, & Piqueras, 2005).

En cuanto a la intervención que se debe realizar en niños y niñas con CIL con algún trastorno de ansiedad, no se han desarrollado protocolos ni tratamientos específicos para estas personas. En consecuencia, se utilizarían para ellos los protocolos o tratamientos que han demostrado su eficacia en la población general infanto-juvenil. Existen diferentes protocolos, tales como la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS, Olivares, 2005), Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual para Adolescentes (CBGT-A; Albano & DiBartolo, 2007; Albano, Marten, & Holt, 1991), o el Programa de Terapia Cognitivo-Conductual (CBT; Spence, 1995; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000), entre otros. A la luz de la evidencia disponible en los últimos 15 años, el Programa IAFS es un protocolo de tratamiento manualizado bien establecido en términos de eficacia y eficiencia (Olivares, 2013). Se ha demostrado que la mayor parte de su efecto se debe al programa de tratamiento manualizado frente a la contribución de la experiencia o competencia del terapeuta (Olivares-Olivares et al., 2015), que sus efectos son equivalentes si se aplica en formato grupal e individual (Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Olivares, 2006), que produce beneficios significativos en casos con TAS (Piqueras, Rosa, & Olivares, 2004). Por tanto, el objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en una niña con capacidad intelectual límite con TAS y con problemas de acoso escolar (bullying).

Descripción del caso

Identificación del paciente

La cliente es una niña de 11 años que estudia 5º de primaria en un colegio concertado. Vive con su padre, su madre y su hermano, y describe una muy buena relación con todos ellos. Presenta una CIL que se corresponde con un CI de 83, con algunos problemas de concentración y recalca que se le da especialmente mal la asignatura de Ciencias Naturales. Entre sus aficiones destacan el baile, cantar, ver películas y jugar con su perro.

Motivo de consulta

Esta niña no comenzó pidiendo ayuda directamente. Se realizó un cribado en el centro escolar de 10 niños y niñas entre 9 y 11 años con un diagnóstico psicopedagógico de capacidad intelectual límite. Este cribado

se basó en la administración de una serie de cuestionarios de ansiedad y depresión, como es la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Spence, 2007) e Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacks, 1992). Se planteó ayudar a aquellos niños o niñas que presentaran puntuaciones significativas y mayor necesidad de intervención tuviera. Estos casos llegaron por una sospecha de que podían estar sufriendo algún tipo de problema psicológico por su comportamiento y por su CIL, la cual está muy ligada a estos problemas de tipo emocional u otros psicológicos.

Tras la detección del caso de la niña, realizado a través de sus puntuaciones significativas en el cribado, se pasó a la realización de la entrevista. En ella, la niña se mostró tranquila diciendo que se sentía bien consigo misma, que no tenía ningún problema; y confusa por lo que se le estaba preguntando. En el transcurso de la entrevista, se le mostró algunas de sus respuestas en los cuestionarios y se le preguntó el porqué de ello. A partir de aquí, comenzó a ser sincera y a decir que estaba constantemente preocupada por “el que podían pensar sus compañeros de ella”, “que cae mal a todo el mundo” y “que sus amigos la van a dejar de lado en cualquier momento” por algo que va a hacer o decir. Dice que es rechazada por todo el mundo y que el año que viene se quedará completamente sola y sin amigos. Cabe destacar que esta preocupación le aparece tanto en el colegio como fuera de él, y siempre en relación con sus iguales.

Actualmente dice que se encuentra muy nerviosa cuando está con gente de su edad, sobretodo en el colegio. Tiene dolores y molestias en el estómago, le tiemblan las manos y se nota colorada en esas situaciones, falta de apetito, llanto, dolores de cabeza; y problemas de comunicación y en las relaciones con los demás. Cuando nota estas sensaciones enseguida coge el móvil y se pone a ver videos en internet para poder eliminar esos pensamientos anticipatorios y su nerviosismo disminuyen; y evita que los demás noten que está nerviosa. Recalca que ha dejado de realizar algunas actividades por miedo a las burlas y humillaciones.

Destaca que le cuesta mucho expresar sus sentimientos y que siente tristeza al pensar en lo que le está pasando y en que le puedan dejar de lado sus amigos. A pesar de que en las pruebas de depresión no tiene una puntuación significativa, sí que posee síntomas depresivos y estado de ánimo bajo.

Historia del problema

La niña siempre ha sido una tímida y con problemas a la hora de relacionarse con los demás y hacer amistades. Desde que era muy pequeña se han metido con ella en clase y ridiculizándola. Tuvo problemas de control de esfínteres y con la higiene personal, llegándose a notar en clase tanto por parte de sus compañeros como por el profesorado. Comenta que estas dificultades de relacionarse con los demás, así como las burlas y los abusos le llevan pasando desde los 5 años y hasta que hace 2 años repitió curso. Ese cambio de clase y de compañeros provocó un aumento de los síntomas de ansiedad, a pesar de que las burlas y abusos se habían disminuido. Esta provocó, no solamente su dificultad de integración en la clase, sino los problemas al volver a hacer amistades y sentirse querida por sus compañeros.

Actualmente, a pesar de que las burlas e insultos de sus compañeros han disminuido, la niña aún se siente incómoda a la hora de relacionarse en la escuela, incluso con sus amigos y amigas. Además de esto, en la hora del patio se siente muy incómoda con sus amigas, ya que constantemente le vienen a la cabeza pensamientos de: “se van a ir con otras personas”, “me van a dejar de lado”, “les voy a caer mal”, “ya no van a querer ser más mis amigas”; y que “van a venir otras chicas de clase, sobre todo las que se meten con ella, y se las van a llevar”.

Por tanto, el origen del trastorno viene desde que la niña era pequeña, ya que siempre ha tenido problemas para poder relacionarse con los demás y las burlas y ridiculizaciones que ha padecido. Sin embargo, el problema apareció realmente hace dos años, ya que ese cambio de clase, que podría decirse que fue un factor precipitante, hizo que aumentara su ansiedad y sus dificultades en las relaciones sociales, tanto dentro, como fuera del colegio.

Evaluación del caso

Para la evaluación del caso, se utilizaron técnicas de evaluación como Entrevista, Autoinformes y Sociograma.

Entrevista

- Modelo Entrevista General para Niños. Forma para padres (Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Miguel Hernández). Entrevista semiestructurada para padres que recoge información del niño o la niña. En primer lugar se recogen una serie de datos personales y el motivo de consulta; y en segundo lugar, información más específica de las áreas de salud, social y familiar, escolar y de ocio e intereses.

Autoinformes

- Historia Personal. Cuestionario Biográfico (basado en Pastor & Sevilla, 1995). Autoinforme basado en el Análisis Funcional que recoge una amplia información sobre las conductas problema, con el objetivo de poder formular un diagnóstico, pronóstico y un plan de tratamiento.
- Inventario de Depresión infantil (*Children's Depression Inventory*, CDI; Kovacks, 1992). Inventario que consta de 27 ítems de tipo Likert: 0= ausencia de síntomas, 1= síntomas moderados, 2= síntomas severos. Está compuesto por 5 subescalas como humor negativo, anhedonia, ineficacia, problemas interpersonales y autoestima negativa. En cuanto a la consistencia del instrumento, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .75 (Del Barrio, Roa, Olmedo, & Colodrón, 2002).
- Escala de Ansiedad para niños de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale*, SCAS; Spence, 1997). Autoinforme para niños, compuesto por 44 ítems de tipo Likert: 38 de ellos referidos a síntomas de ansiedad distribuidos en 6 factores (Ataque de pánico/Agorafobia, Ansiedad por separación, TAS, Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo- Compulsivo, Miedo al daño físico); y los 6 restantes son positivos para poder contrarrestar el sesgo negativo. La puntuación se obtiene por la suma de cada ítem, por tanto a mayor puntuación mayor ansiedad. Según Orgilés, Fernández-Martínez, Guillén-Riquelme, Espada y Essau (2016), la SCAS tiene una alta consistencia interna, amplio apoyo a su estructura de 6 factores y es apropiada para diferentes culturas, entre éstas, la española.
- Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA; Inglés, Méndez, & Hidalgo, 2000). Cuestionario compuesto por 36 ítems de tipo Likert referidos a relaciones y situaciones sociales en diferentes contextos como hogar, colegio, relaciones heterosexuales, amigos/as. Se compone de 5 subescalas: Asertividad, Relaciones heterosexuales, Hablar en público, Relaciones familiares y Amigos. En cuanto a su fiabilidad, el CEDIA muestra una consistencia interna de .90 y la consistencia interna de sus factores varía entre .69 y .86 (Inglés et al., 2000).
- Acoso y violencia escolar (AVE; Piñuel & Oñate, 2006). Autoinforme que mide y evalúa la violencia y lo comportamientos que

se pueden manifestar en ella. Permite discriminar las conductas de acoso percibidas por el niño entre niveles normales o graves; y además evalúa los factores de riesgo más frecuentes y los daños que aparecen en los niños acosados. En cuando a los resultados, se obtienen 22 indicadores de conductas de acoso y hostigamiento que en niño percibe en la escuela y con sus iguales. Este autoinforme muestra una consistencia interna elevada, con un alfa de Cronbach de .95 en la escala de índice global de acoso y un alfa de .93 en la intensidad del acoso; además, el resto de las escalas de acoso y violencia varían de .67 a .88.

Sociograma

- Test- BULLS. Medida de agresividad entre escolares (Cerezo, 2000). Test de evaluación para la intervención y prevención de situaciones de abuso escolar. Se compone de dos modalidades: una para los alumnos (colectiva) y otra para los profesores (individual). El test realiza un análisis sobre las características socio-afectivas del grupo, la detección de las víctimas y agresores; además de los aspectos afectivos y situacionales en las relaciones. Según Méndez y Cerezo (2010), señalan una fiabilidad alta de .73 en las variables de victimización y agresión. Sin embargo, separados estas variables, se obtiene un .82 en la de agresión y un .83 en la victimización.

Análisis topográfico

Con los datos recogidos en la entrevista con la niña a partir del Cuestionario biográfico y de la entrevista con la madre, así como al tutor del colegio, se estableció una línea base. La niña realiza una serie de respuestas fisiológicas, como dolor abdominal, temblor de manos, rubor, sudoración, palpitations; cognitivas, es decir, pensamientos como “le caigo mal a todo el mundo”, “que van a pensar de mí”, “me van a dejar de lado mis amigos/as”, “se van a burlar de mí”; y conductuales, como evitar situaciones sobretodo en la escuela, y de escape como coger el móvil.

Dichas conductas se emiten unas 6 veces por semana y 2/3 veces al día, es decir, todos los días en horario escolar y en la mayoría de situaciones sociales, así como algunos fines de semana cuando asiste a actividades con sus iguales. La duración de las mismas suele ser de unos 10/15 minutos aproximadamente y con una intensidad media de 6/7 sobre 10.

Análisis funcional

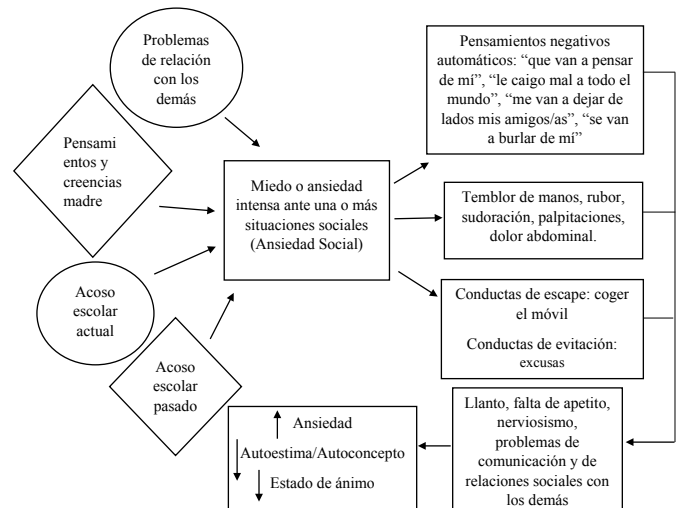
Una vez obtenido toda la información recogida por las diferentes fuentes, es decir, familia, colegio y la propia niña, se contrastó un diagnóstico de TAS (Fobia Social) según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2013). Por tanto, se pasó a realizar el análisis funcional del caso, que su representación se muestra en la Figura 1.

Cuando la niña está expuesta o se va a exponer a alguna situación social, ya sea en el ámbito escolar o fuera de él, se desencadena una respuesta de ansiedad inmediata, en la cual aparecen una serie de síntomas: a nivel cognitivo, aparecen pensamiento negativos como “que van a pensar de mí”, “se van a burlar de mí”, “me van a dejar de lado mis amigos/as” o “le caigo mal a todo el mundo”; a nivel fisiológico aparecen temblores de manos, rubor, sudoración, dolor abdominal y palpitations. De esta manera, cuando la niña comienza a notar esos síntomas y ya se ve expuesta a esa situación se dan las conductas de escape (coger el móvil).

En cambio, si esas situaciones se anticipan (van a pasar al día siguiente o dentro de un rato), se dan las conductas de evitación (excusas para no asistir al colegio o que llamen a su madre porque se encuentra mal si ya está en él). De este modo, la niña consigue disminuir su ansiedad a corto plazo, en cambio la va perjudicando a largo plazo ya que no afronta las situaciones y las evita o escapa de ellas. Todo esto ha provocado en la niña llanto, falta de apetito, nerviosismo, así como problemas de relación y de comunicación con los demás. A su vez, esto ha tenido otras consecuencias graves: elevada ansiedad, disminución del estado de ánimo y Autoconcepto/Autoestima.

Por último, en cuanto a aquellos estímulos o antecedentes que han provocado el problema, se observó que aquello que había causado el TAS fue el acoso escolar tanto pasado como actual, los pensamientos o creencias maternas, los problemas en las relaciones con los demás. Cabe destacar que, a pesar de que actualmente el acoso escolar se daba en menor medida, seguía interfiriendo significativamente en la vida de la niña.

Figura 1. Representación gráfica del análisis funcional



Aplicación del tratamiento

Tras la evaluación y el diagnóstico, el objetivo de la intervención fue eliminar o disminuir el miedo o ansiedad excesiva ante una o más situaciones sociales (DSM-5; APA, 2013) y mejorar la competencia y bienestar en las situaciones sociales; y por otro lado, eliminar o disminuir el acoso escolar (bullying). Para ello se realizó una intervención cognitivo-conductual a través del Programa IAFS: Protocolo para la intervención en Adolescentes con Fobia Social (Olivares, 2005), el cual se compone de 12 sesiones de 90 minutos, en ocasiones de 120 minutos y aplicado de manera grupal. Las sesiones se realizaron en formato individual y con una periodicidad semanal, por tanto el tratamiento tuvo una duración aproximada de 3 meses. El contenido de las sesiones se muestra en la Tabla 1.

Por otra parte, se realizó una intervención del acoso en el ámbito escolar. Para ello se utilizó el Programa CIP: Intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado del Bullying (Cerezo, Calvo, & Sánchez, 2011). Dicho programa tiene como objetivos concienciar, informar y prevenir el acoso escolar, el cual propone una serie de estrategias de prevención e intervención en el que se trabajan diferentes niveles: la institución escolar, familias, profesorado, grupos-aula y los alumnos implicados (víctima, agresor y observadores). Se trabajó dos niveles: a nivel grupo-aula y los diferentes implicados. Las sesiones, tanto

grupales como individuales, como se muestra en la Tabla 2, tuvieron lugar una vez por semana y con una duración de una hora aproximadamente. Cabe destacar que toda la intervención se realizó en el ámbito escolar, y en todo momento se tuvo contacto con la familia de la niña. De este modo, se tuvo una entrevista inicial con ellos, una a mitad de la intervención, y por último una al final de la intervención, con el fin de establecer un seguimiento de cómo iba en casa y ofrecerles los resultados finales de la intervención.

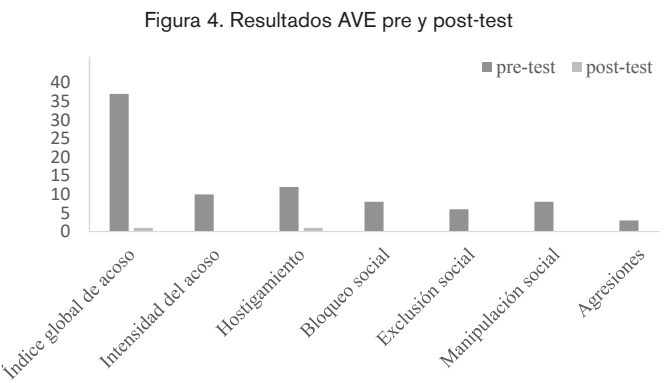
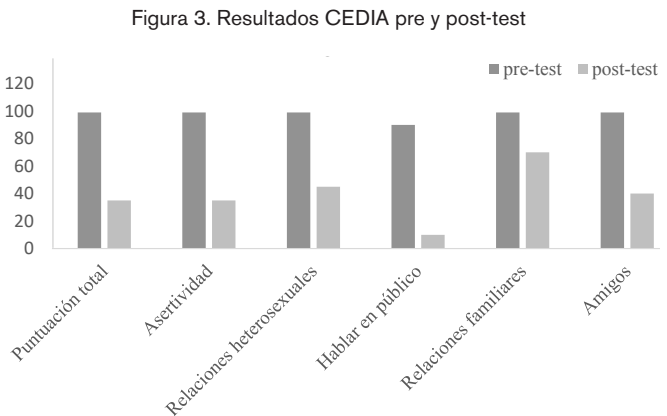
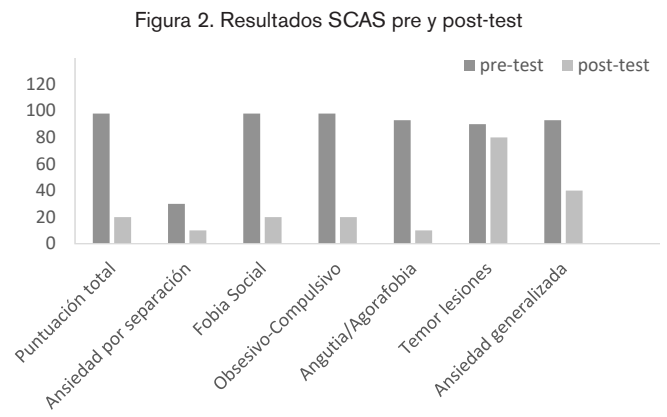
Resultados

Tabla 1. Contenido de las sesiones Programa IAFS

Sesión	Contenido de las sesiones
1	Fase Educativa/ Focalización de la Atención
2	Técnicas para el manejo y el control de la ansiedad: Respiración y relajación
3	Reestructuración Cognitiva
4	Presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones
5	Presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones
6	Entrenamiento en Asertividad
7	Exposición/ Entrenamiento en asertividad
8	Dar y recibir cumplidos/ Establecer y mantener relaciones
9	Relaciones con personas de distinto sexo/Entrenamiento en asertividad
10	Hablar en público: habilidades verbales y no verbales
11	Autoestima
12	Autoestima/ Prevención de recaídas

En las Figuras 2, 3 y 4 se muestran los resultados del pre-test y post-test en las diferentes pruebas. Los resultados muestran una disminución en todas las medidas. Por un lado, en cuanto a la sintomatología, se ha disminuido el nivel de ansiedad, mediante la prueba SCAS, la cual después de obtener en el pre-test un percentil de 98 se ha conseguido reducir a un percentil de 20 en la puntuación total. En concreto, la puntuación de Ansiedad social en el pre-test era de 13 de puntuación directa, sin embargo, en el post-test se obtuvo una puntuación directa de 1. Y en cuanto al CDI, se obtuvo en el pre-test una puntuación directa de 14 con un percentil de 26-74, es decir, presencia de síntomas depresivos mínimos y moderados; en el post-test, se pasó a una puntuación directa de 0 y un centil de 1-25, es decir, no hay presencia de síntomas depresivos ni del estado de ánimo disfórico ni auto desprecio.

Por otro lado, el CEDIA muestra en el pre-test una puntuación directa de 101, lo que equivale a un percentil de 99; y un post-test de una puntuación directa de 28 y percentil de 35. Por último, en el AVE se obtuvo una puntuación directa de 37 en su Índice Global de acoso y un percentil de 44-100, y en el post-test se ha obtenido una puntuación directa de 1 y un percentil de 0-4. De este modo, el acoso escolar ha disminuido, pasado de un acoso muy constatado a no constatado, no solamente en el índice global de acoso, sino en todas las escalas del test.



Discusión

El objetivo de este trabajo fue comprobar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en una niña con capacidad intelectual límite con ansiedad social y acoso escolar. Después de una intervención de tres meses, se puede concluir que se han conseguido los objetivos terapéuticos deseados. Por tanto, la intervención cognitivo-conductual ha sido eficaz para la ansiedad social y el acoso escolar. Los resultados son consistentes con los estudios previos que demuestran que el programa es eficaz tanto aplicado individual como grupal-

Tabla 2. Intervención grupo-aula e individual Programa CIP

Sesiones	Intervención grupal	Intervención individual
1	Contenido de las sesiones	Concienciación del problema: Necesito confiar
2	Concienciación del problema: ¿Qué puede estar pasando?	Consultas y recogida de información: Esto es lo que me pasa
3	Consultas y recogida de información: nuestro grupo	La confección del programa: Planifico la solución
4	La confección del programa: ¿Qué se puede hacer desde el grupo?	Comunicación: Actuar
5	Comunicación y realización del programa	Víctima y acosador: Negociamos conjuntamente en cambio
6	Revisión y seguimiento: seguimiento y sugerencias de continuidad	Víctima y acosador: Revisión y seguimiento

mente (Olivares, 2013; Olivares et al., 2006; Olivares-Olivares et al., 2015; Piqueras et al., 2004).

Antes de la intervención nos encontramos a una niña con una ansiedad muy elevada, síntomas depresivos, baja autoestima y que estaba sufriendo acoso escolar desde hacía varios años. Una vez realizada la intervención, se ha conseguido disminuir su ansiedad y más concretamente se ha conseguido eliminar la ansiedad social, tal como se han mostrado en las puntuaciones obtenidas en el SCAS. De este modo, se ha obtenido la disminución de la ansiedad ante las situaciones sociales y sus dificultades interpersonales, es decir, ha habido un aumento de sus habilidades sociales. Además, se han eliminado esos síntomas depresivos y ha aumentado su autoestima y autoconcepto, desapareciendo el estado de ánimo disfórico y auto desprecio.

En cuanto a la modificación de su contexto, se puede concluir que se ha eliminado el acoso escolar actual de la niña, como se ha podido observar en la disminución de las puntuaciones obtenidas en del AVE, es decir, en la disminución del índice global de acoso. Por tanto, esto se ha conseguido a través de una intervención a nivel individual y grupal, es decir, con estrategias de relajación, aumento de habilidades sociales, solución de problemas, y además de su concienciación y sensibilización del acoso escolar en las aulas de todo el colegio.

Algunas de las limitaciones que se encuentran en este estudio podrían deberse a que no hay suficiente información científica sobre la capacidad intelectual límite en general, impidiendo una correcta evaluación de los diferentes problemas que pueden presentar así como su intervención. A causa de esto se tuvo que llevar a cabo una intervención a través del Protocolo IAFS, eficaz para el TAS pero no específico para esta población. De este modo, en muchas ocasiones se tuvo que modificar el contenido del protocolo para adecuarlo al lenguaje y al nivel de comprensión de la niña. Otra de las limitaciones es que no se ha podido realizar un seguimiento de manera adecuada, es decir, a los 3, 6 y 12 meses para poder comprobar si los resultados se generalizaban y mantenían en el tiempo.

Por último, como se ha podido comprobar en este estudio que las personas con CIL pueden tener unos comportamientos y características peculiares que les pueden hacer tener problemas con sus iguales, y como consecuencia puede dar lugar a dificultades en su contexto, llegando a la exclusión, a no saber relacionarse o a solucionar problemas; además de los diferentes problemas mentales que pueden aparecer asociados en estas personas.

Por tanto, es una entidad compleja, bastante olvidada y ligada a una serie de déficits tanto intelectuales, cognitivos como sociales; y en la que se necesitan realizar más investigaciones y establecer protocolos específicos para cubrir las necesidades que estas personas requieren. Además, debido a la gran comorbilidad de los niños y niñas con CIL, sobre todo con TDAH y problemas de ansiedad y del estado de ánimo, se deberían introducir en esos protocolos la importancia de estos trastornos y la afectación que presentan en su día a día, ya que no se han establecido medios ni para prevenir, ni tratar estos problemas en dicha población. Debido a estas dificultades se necesitan más investigaciones para que tengan una atención más integral y una identificación más temprana; así como instrumentos más específicos de evaluación y de protocolos de intervención, que les permitan reducir su malestar y los problemas que les puedan surgir, así como favorecer el desarrollo óptimo de su bienestar y calidad de vida.

Conflicto de intereses

La autora de este trabajo declara que no existe conflicto de intereses.

Artículo recibido: 18/07/2016

Aceptado: 05/10/2016

Referencias

- Albano, A. M., Marten, P. A. & Holt, C. S. (1991). Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia. Manuscrito no publicado.
- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive behavioral therapy for social phobia in adolescents: stand up, speak out therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Artigas-Pallares, J., Rigau-Ratera, E., & García-Nonell, C. (2007). Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 44(12), 739-744.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, V.A.: American Psychiatric Publishing.
- Atuesta, J. Y., & Vázquez, R. A. (2009). Coeficiente intelectual normal bajo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 99-109.
- Atuesta, J. Y., Vázquez, R. A., & Urrego, Z. C. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 182-194.
- Bayley, N. (1969). *Manual for the Bayley scales of infant development*. California, EEUU: The Psychological Corporation.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7(1), 73-79. doi:10.1037/1040-3590.7.1.73
- Cerezo, F. (2000). *Bull- S. Test de Evaluación de la Agresividad entre Escolares*. Madrid/ Bizkaia: Albor-Cohs.
- Cerezo, F., Calvo, A. R., & Sánchez, C. (2011). *Programa CIP: Intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado del Bullying: concienciar, informar y prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., & 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(8), 835-855. doi:10.1016/S0005-7967(99)00130-8
- Del Barrio, V., Roa, M. L., Olmedo, M., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2010). The mental health of Young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, 579-587. doi:10.1007/s00127-009-0100-y
- Fenning, R. M., Baker, J. K., Baker, B. L., & Crnic, K. A. (2007). Parenting children with Borderline Intellectual Functioning: a unique risk population. *American Journal on Mental Retardation*, 112(2), 107-212. doi:10.1352/0895-8017(2007)112[107:PCWBIF]2.0.CO;2
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz, M. M., & Inglés, C. J. (2008). Trastorno de la Ansiedad Social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral psychology*, 16(3), 501-533.
- Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L. (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal Clinic Children Adolescents Psychology*, 44(1), 137-144. doi: 10.1080/15374416.2013.873979

- Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Heltzer, H., ...Heltzer, H., ... Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01001.x
- Huete, A., Pallero, P., & Petisco, E. (2015). *Estudio sobre la situación de las personas con capacidad intelectual límite*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2000). Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. *Psicothema*, 12(3), 390-398.
- Kaufman, A., & Kaufman, N. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)*. Minnesota: American Guidance Services.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, A. L. (1994). *K- BIT: Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Manual de interpretación. Madrid: TEA.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI (Manual)*. Toronto: Multihealth systems.
- Luque, D. J., Elósegui, E., & Casquero, D. (2014). Análisis del WISC-IV en una muestra de alumnos con Capacidad Intelectual Límite. *Revista de Psicología*, 23(2), 14-27. doi:10.5354/079-0581.2014.36145
- McCarthy, D. (1988). *Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (3a. ed.)*. Madrid: TEA.
- Méndez, I., & Cerezo, F. (2010). Test Bull-s: programa informático de evaluación de la agresividad entre escolares. En P. Arnaiz, M. D. Hurtado y F. J. Soto (Coords.), *25 Años de Integración Escolar en España: Tecnología e Inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario*. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.
- Medina, B., Mercado, E., & García, I. (2015). La capacidad intelectual límite: la gran olvidada. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 365-372. doi:10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.33
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2013). Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (1997-2011). *Información Psicológica*, 102, 90-109.
- Olivares, J., García-López, L. J., & Piqueras, J. A. (2005). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS). En P. Vera-Villaroel y L. Oblitas (dirs.), *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 350). Madrid: PSICOM Editores.
- Olivares-Olivares, P. J., Montesinos, L., Rosa-Alcázar, A. I., Maciá, D., & Amorós, M. (2015). Efectos de la competencia del terapeuta en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Anales de Psicología*, 31(1), 234-242.
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, M. I., & Olivares-Olivares, P. J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo en adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 6(3), 565-580.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Guillén-Riquelme, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2016). A systematic review of the factor structure and reliability of the Spence Children's Anxiety Scale. *Journal of Affective Disorders*, 190, 333-340.
- Pastor, C., & Sevillá, J. (1995). *Cuestionario Autobiográfico*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Piñuel, I., & Oñate, A. (2006). *Acoso y Violencia escolar: AVE*. Madrid: TEA Ediciones.
- Piqueras, J. A., Alcázar, R., & Olivares, P. J. (2004). Efectos a corto y medio plazo del tratamiento de una adolescente con fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 131-155.
- Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J. C., Gutiérrez-Colosía, M. R., Artigas-Pallarès, J., García, J., González, J., ... Martínez-Leal, R. (2013). Funcionamiento intelectual límite: guía de consenso y buenas prácticas. *Revista de Psiquiatría de Salud Mental*, 6(3), 109-120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.12.001
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: enhancing social competence in children and adolescents*. Windsor, Reino Unido : NFER-Nelson.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726. doi: 10.1111/1469-7610.00659
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Van-Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: a Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 302-317. doi: 10.1007/s10567-011-0997-0