

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Máster en Psicología General Sanitaria**

*Curso: 2021 / 2022*

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA**

**PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN ANXIETY DISORDERS IN PEOPLE  
WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: A SYSTEMATIC REVIEW**

**Trabajo Teórico**

**PATRICIA ALONSO ÁLVAREZ**

**Oviedo, enero 2022**

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	3
<b>Método</b>	7
<i>Criterios de elegibilidad</i>	7
<i>Fuentes de información</i>	8
<i>Diagrama de flujo de los trabajos seleccionados</i>	9
<b>Resultados</b>	10
<i>¿Qué tipo de trastornos de ansiedad se tratan?</i>	10
<i>Resumen de las principales características de los estudios revisados</i>	11
<i>¿Qué estrategias o tipos de técnicas se utilizan?</i>	15
<i>¿Qué nivel de eficacia tienen las intervenciones?</i>	17
<b>Discusión</b>	18
<b>Referencias</b>	21

## Resumen

**Antecedentes:** Las personas con discapacidad intelectual (DI) padecen y sienten la ansiedad como el resto de la población, teniendo este trastorno una alta prevalencia en este colectivo. Sin embargo, existen muy pocos estudios en esta temática, no existiendo ninguna revisión global al respecto. Así, el objetivo de esta revisión es analizar cuál es la eficacia de las intervenciones en ansiedad adaptadas a personas con DI. **Método:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Scopus, Web of Science y Psycinfo, siguiendo las normas PRISMA. Se incluyeron los estudios donde se realizasen intervenciones psicológicas exclusivamente para la ansiedad en personas con DI, incluyendo 11 estudios por pares, publicados hasta octubre de 2021. **Resultados:** El número de participantes con DI fue de 62, con edades comprendidas entre los 7 y 56 años. La mayor parte de los estudios intervenían sobre el trastorno de ansiedad sin especificar o síntomas de ansiedad, seguido de fobias, ansiedad por separación y trastorno de pánico. Se recogieron intervenciones individuales y grupales provenientes de las tres generaciones psicológicas. En cuanto las técnicas, se describieron un total de 11 técnicas siendo las más frecuentes la psicoeducación, la modificación de pensamientos y la relajación. **Conclusión:** Esta revisión pone de manifiesto que las personas con DI pueden beneficiarse de intervenciones sobre los trastornos de ansiedad. Sin embargo, el número de estudios sobre esta temática es limitado y existe la necesidad de examinar el trastorno de ansiedad generalizada e incluir a personas con mayores necesidades de apoyos.

**Palabras clave:** ansiedad, discapacidad intelectual, intervención psicológica, revisión sistemática.

## Abstract

**Background:** People with intellectual disabilities (ID) suffer and feel anxiety like the rest of the population, with this disorder having a high prevalence in this group. However, there are very few studies on this topic, and there is no global review in this regard. Thus, the objective of this review is to analyze the efficacy of anxiety interventions adapted to people with ID. **Method:** A systematic review was carried out in Scopus, Web of Science and Psycinfo databases, following the PRISMA standards. Studies where psychological interventions were performed exclusively for anxiety in people with ID were included, including 11 studies in pairs, published until October 2021. **Results:** The number of participants with ID was 62, with ages between 7 and 56 years. Most of the studies looked at unspecified anxiety disorder or anxiety symptoms, followed by phobias, separation anxiety, and panic disorder. Individual and group interventions were collected from the three psychological generations. Regarding the techniques, a total of 11 techniques were described, the most frequent being psychoeducation, thought modification and relaxation. **Conclusion:** This review shows that people with ID can benefit from interventions for anxiety disorders. However, the number of studies on this topic is limited and there is a need to examine generalized anxiety disorder and include people with increased support needs.

**Keywords:** anxiety, intellectual disability, psychological intervention, systematic review.

## **Intervención psicológica en trastornos de ansiedad en personas con discapacidad intelectual: una revisión sistemática**

Hacer referencia a la prevalencia de las personas con discapacidad intelectual (DI) a nivel global es complicado, ya que son múltiples las dificultades existentes en este ámbito a la hora de estimar con precisión la población que presenta esta condición de discapacidad (Boulton et al., 2018). Estas carencias se deben principalmente a la ausencia de disponibilidad de instrumentos estandarizados, a la dificultad para recabar datos sobre estas personas en las investigaciones sobre prevalencia (Rosencrans et al., 2021), a la falta de formación actualizada de los profesionales (Grupo de Trabajo DI y Salud Mental, 2013) y a la contabilización exclusiva de las personas que poseen el certificado de discapacidad (Plena Inclusión, 2020). Mientras que en países desarrollados la prevalencia se mantiene estable (1,5%), en los países en vías de desarrollo la incidencia se duplica (Novell et al., 2015). Así, el Instituto Nacional de Servicios Sociales, en el informe de la base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad (2017), muestra que en España existen 3.177.531 personas con discapacidad, de las cuales el 8,6% tienen diagnosticada una DI como primer criterio (IMSERSO, 2017).

La terminología y la definición de la DI han variado a lo largo del tiempo. Actualmente se distingue entre dos definiciones: la definición operativa y la definición constructiva (Wehmeyer et al., 2008). La definición operativa se basa en tres aspectos necesarios (Schalock et al., 2021): (a) existencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual; (b) existencia de limitaciones significativas en la conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas); y (c) manifestaciones que se presentan antes de que la persona tenga 18 años. Mientras, la definición constructiva describe la DI como un estado de funcionamiento en el que las habilidades intelectuales y adaptativas de la persona interactúan permanentemente con sus características de salud, entorno y roles, por lo que la persona, si cuenta con los apoyos necesarios tanto profesionales, como familiares y sociales, podrá mejorar en su funcionamiento (Gómez y Navas, 2021; Schalock et al., 2019) si se le facilita el acceso y las adaptaciones oportunas. Al comparar estas definiciones con las definiciones vigentes del DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-11 (OMS, 2018) se puede observar cómo estas propuestas eliminan la clasificación de la DI según el CI (i.e., leve, moderada, severa y profunda) y

su nivel de conducta adaptativa, para proponer una visión funcional de la persona con DI, donde lo relevante no es el CI que tenga sino los apoyos con los que cuenta para poder desarrollar y fomentar sus habilidades.

En la población con DI unos de los problemas más relevantes es la comorbilidad de otro tipo de disfunciones, entre ellos los trastornos emocionales (i.e., ansiedad y depresión) (Dagnan et al., 2018). Se estima que el 25% presentan un trastorno de ansiedad o tienen el cuadro clínico de la misma (Bouvet y Coulet, 2016). Las personas con DI leve tienen seis veces más probabilidades de tener un trastorno de ansiedad que las personas sin DI (Brown y Hooper, 2015; Hassiotis et al., 2011). Por otro lado, las personas con DI que residen en centros institucionalizados presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad que las personas que viven en sus hogares (Peña, 2017) y el 7,1% de las personas mayores de 45 años con DI muestran ansiedad, tensión o estrés (Solís, 2014). Aunque estos trastornos no suelen remitir sin intervención, la mayoría de estas personas no recibe un tratamiento especializado (Roberts, 2018).

La ansiedad es una emoción básica cuya función es adaptativa. Se activa ante una situación de peligro o amenaza real poniendo en marcha mecanismos fisiológicos, cognitivos y conductuales para que la persona sea capaz de afrontar esa situación amenazante. Cuando la respuesta de ansiedad se activa en situaciones no amenazantes o se activa de manera desproporcionada, influyendo negativamente en la vida diaria de la persona, se denomina ansiedad patológica (Beneytez, 2019). Las personas con DI sienten la ansiedad con la misma intensidad que la población general (Oliver et al., 2019) y, por ello, tienen la misma necesidad de sentirse entendidas por los profesionales sanitarios (Grupo de Trabajo DI y Salud Mental, 2013). De hecho, las personas adultas con DI se enfrentan a continuos estresores que incrementan sus posibilidades de desencadenar trastornos de ansiedad (Álvarez et al., 2019). Entre ellos, cabe destacar la aceptación de las diferencias entre sus iguales, la incorporación a un empleo o la muerte de un familiar, situaciones de abuso, cambio de residencia, estigma social, consultas médicas (Álvarez et al., 2019; Canet, 2017; Gil y Medina, 2017; Hemm et al., 2018) o la exclusión social (Baonza, 2019).

Es más, en la mayoría de los casos estas personas tienen serios problemas en la regulación de emociones dada su labilidad emocional (Álvarez et al., 2019), mostrando

grandes dificultades para identificar, entender y explicar a los demás sus emociones y pensamientos cuando sienten ansiedad (Florez y Bethay, 2017; Novell, 2014). Estas limitaciones suelen provocar un aumento de la ansiedad. Si la persona tiene dificultades para explicar estas emociones ello también conlleva dificultades para encontrar apoyo social y emocional adecuados ante la situación de ansiedad experimentada (Gil y Medina, 2017). La situación se torna aún más complicada si la persona no puede verbalizar que siente ansiedad, y la alternativa que frecuentemente aparece es expresarla a través de problemas de conducta (Novell et al., 2015), agresividad (Novell et al., 2015), agitación motora con hiperventilación (Márquez, 2011) o baja autoestima (Klein et al., 2018). El contexto, la falta de apoyos adecuados (Idusohan et al., 2015) y la no resolución de conflictos internos (Peña, 2017) son factores esenciales que aumentan la ansiedad en personas con DI. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las personas con DI utilizan más las estrategias pasivas que las activas, con lo que al utilizar la evitación refuerzan su nivel de ansiedad (Gil y Medina, 2020). En cuanto a las estrategias activas, tienden a utilizar las centradas en la resolución del problema y no las centradas en el componente emocional, y ello se debe a que estas estrategias requieren de habilidades metacognitivas, las cuales no suelen estar muy desarrolladas en las personas con DI (Gil y Medina, 2020). Así, todos estos aspectos han de ser considerados para adaptar la terapia a sus habilidades y necesidades (Boulton et al., 2018), debiendo tener presente que también tienen capacidad para aprender a vincular sentimientos, pensamientos y conductas (Roberts, 2018).

En lo referente a los criterios para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, se utiliza el manual DSM-5 (APA, 2013) y, en el caso concreto de personas con DI, se complementa con el Manual Diagnóstico para DI (DM-ID-2; Fletcher et al., 2017). Este último especifica algunos criterios para personas con DI severa/profunda: (1) en cuanto al diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada no se necesita el requisito de preocupación o atencional y solo se requiere que la persona cumpla un síntoma de la lista—en lugar de seis, como señala el DSM-5 (APA, 2013)—; (2) en lo que respecta al diagnóstico de las fobias específicas no se establecen diferencias en cuanto a la manifestación, el contenido y la frecuencia de aparición; por último, (3) en el diagnóstico del trastorno del pánico, se evalúan los síntomas de sudoración, temblores, falta de aliento mediante observación, mientras que otros síntomas como la

desrealización, miedo a perder el control, miedo a morir y las parestesias se consideran no evaluables o detectables para estas personas.

Para proceder al diagnóstico de los trastornos de ansiedad de personas con DI contamos con escasos instrumentos que estén adaptados a esta población. En general, suelen utilizarse entrevistas semiestructuradas, escalas, cuestionarios y autoinformes (Haper et al., 2013). Entre las entrevistas, destaca la mini entrevista de evaluación psiquiátrica para adultos con trastornos del desarrollo (Mini PAS-ADD; Prosser et al., 1998), que recopila información proporcionada por los cuidadores principales sobre síntomas relevantes para diagnosticar ansiedad, depresión y psicosis, y la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV–Parent Version. Autism Spectrum Adendum (ADIS/ASA; Kerns et al., 2017). Entre las escalas y cuestionarios podemos destacar la Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997), para diagnosticar ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, ansiedad por separación, fobias, miedo al daño físico y obsesiones/compulsiones en niños de 6 a 18 años; la Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD; Rodgers et al., 2016), mediante autoinforme e informe parental mide ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre y las fobias específicas más comunes en población infantil con trastorno del espectro autista (TEA); y la escala de Evaluación Diagnóstico para Discapacitados Graves (DASH-II; Matson et al., 1995), un informe de los cuidadores principales de personas con DI severa o profunda que contiene una subescala para medir la frecuencia, duración y nivel de gravedad del trastorno de ansiedad.

Dependiendo del grado de discapacidad que tenga la persona, es preferible utilizar unos instrumentos respecto a otros. Así, para personas con DI leve se puede administrar la Batería PAS-ADD, Glasgow y ADAMS. En personas con DI moderada que tengan conservado el lenguaje se puede aplicar la Batería PAS-ADD y, si la persona no tiene conservado el lenguaje, el DASH-II. En personas con DI severa se utiliza el DASH-II (SEPAD, 2018). En los casos de personas con DI profunda, cuando no sea posible una evaluación al uso, se pueden evaluar los siguientes aspectos (Moskowitz et al., 2017): el componente fisiológico (i.e., ritmo cardíaco y arritmia sinusal respiratoria), el componente cognitivo (i.e., contexto donde se da la conducta y su reacción), y el componente conductual (i.e., conductas idiosincrásicas).



Por lo que respecta a las investigaciones centradas en las estrategias y técnicas de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en personas con DI, estas son escasas y poco concluyentes. Las técnicas más frecuentemente reseñadas en la bibliografía especializada son la terapia de conducta, la terapia cognitivo conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la psicofarmacología. También, se ha demostrado que la actividad física tiene resultados similares a la terapia cognitivo conductual en cuanto a eficacia en el tratamiento de la ansiedad (Risueño, 2018). En cuanto a la psicofarmacología —uno de los tratamientos de elección frecuentemente utilizados—, los fármacos más usualmente prescritos suelen ser los antidepresivos y los inhibidores de serotonina (Márquez et al., 2011). El problema estriba en que esta falta de instrumentos de evaluación adecuados, unido a las dificultades de la persona para manifestar sus estados emocionales y la infrecuente formación específica de los profesionales de la salud que realizan la evaluación de estas personas, conlleva, en muchas ocasiones, intervenciones o tratamientos inadecuados. Aunque existen pocos estudios al respecto, se debe hacer referencia a la revisión sistemática de Dagnan et al. (2018), que no interfiere en los objetivos de la presente revisión ya que se centra en la terapia cognitivo conductual para la ansiedad en personas adultas con DI, mientras que la presente revisión analiza las distintas terapias psicológicas existentes para el abordaje de la ansiedad en personas con DI a lo largo de todo el ciclo vital.

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo de esta revisión sistemática es analizar cuál es la eficacia de las intervenciones en ansiedad adaptadas a personas con DI. Con este objetivo se realizaron las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué tipo de trastornos de ansiedad se tratan?
- ¿Qué estrategias o tipos de técnicas se utilizan?
- ¿Cuál es su nivel de eficacia?

### **Método**

En este trabajo se ha usado la metodología propia de una revisión sistemática siguiendo los criterios PRISMA (Moher et al., 2009).

### **Criterios de elegibilidad**

Los estudios que forma parte de esta revisión debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: (a) ser estudios que describieran intervenciones psicológicas; (b) incluir como participantes a personas con DI con síntomas o diagnóstico de trastorno de ansiedad; (c) ser estudios revisados por pares y publicados hasta octubre de 2021; y (d) estar publicados en inglés o español.

Asimismo, se excluyeron trabajos atendiendo a los siguientes criterios de exclusión: (a) incluir intervenciones centradas en otras personas cercanas a la persona con DI (por ejemplo, familiares o cuidadores de las personas con DI); (b) intervenciones sobre otras patologías que no se circunscribieran a la DI y la ansiedad, (por ejemplo, intervenciones en ansiedad y depresión de personas con DI) y (c) libros, capítulos de libros, tesis doctorales, editoriales y actas en congresos.

### **Fuentes de información**

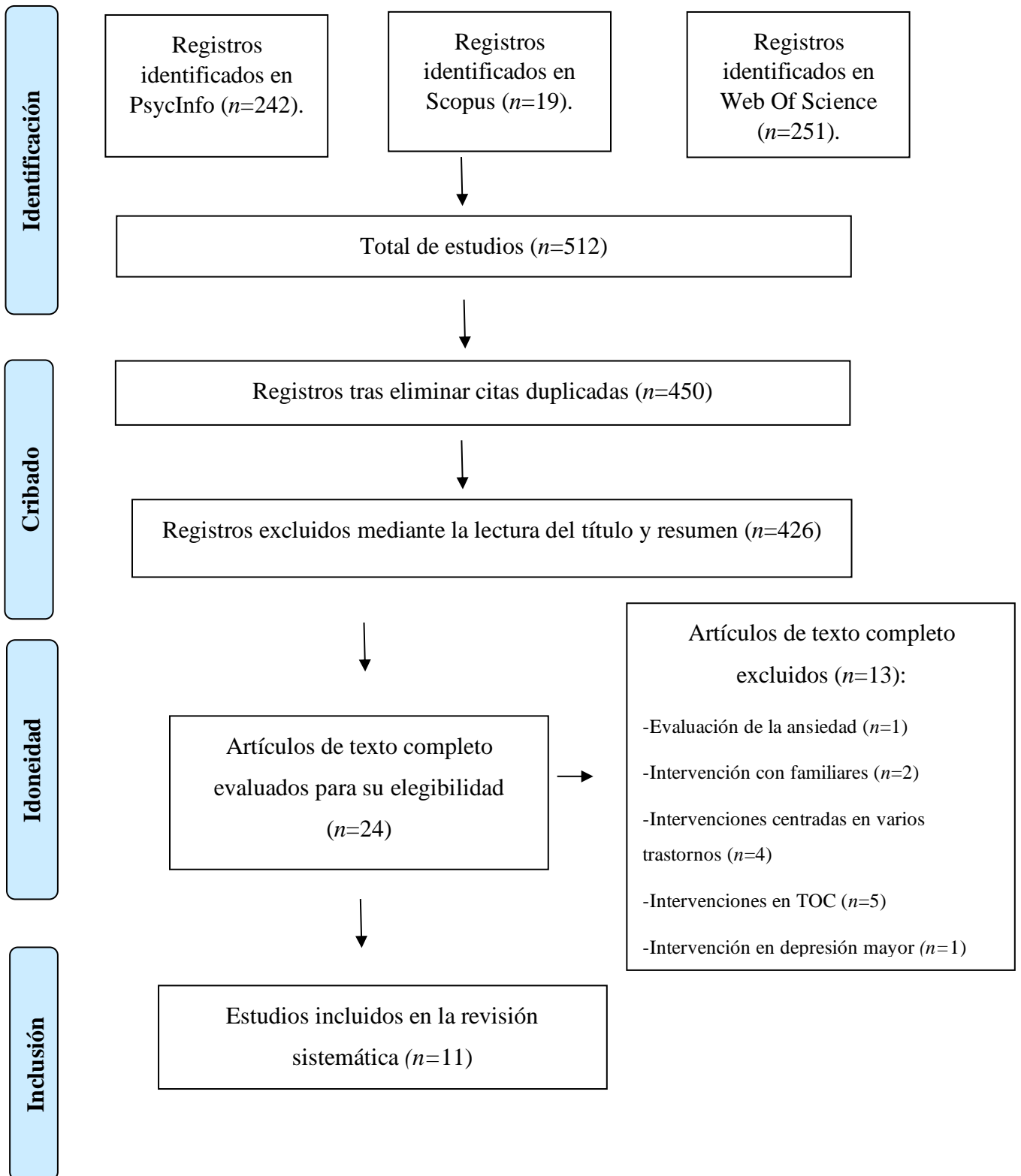
La revisión se realizó en octubre del 2021, en la biblioteca de la Universidad de Oviedo, a través de las siguientes bases de datos: Web Of Science (WOS) (Core Collection, Medline, Current Contents Connet y SciELO Citacion Index), Scopus y Psycinfo.

La combinación de términos utilizada fue la siguiente: TITLE-ABS-KEY (therap\* psychological OR treatmen\* psychological OR interventio\* psychological) AND (anxiet\* OR anxiety disorde\*) AND (intellectual disabilit\*), y sus correspondientes en español: TITLE-ABS-KEY (terapi\* AND psicológic\* OR tratamient\* AND psicólog\* OR intervención\* AND psicológic\*) AND (ansiedad OR trastorn\* AND ansiedad) AND (discapacidad\* AND intelectual).

Concretamente, tal y como se puede observar en la Figura 1, y después de acotar la búsqueda a artículos científicos con revisión por pares, se obtuvieron 512 resultados: 251 en Web of Science, 19 en Scopus y 242 en Psycinfo. Se descartaron 62 estudios repetidos, y siguiendo los criterios anteriormente citados y tras la lectura del título y el resumen se descartaron 426 artículos por tratarse de estudios que no correspondían con el objetivo de esta revisión, considerándose adecuados 24 artículos. Posteriormente, tras la lectura completa de los artículos se descartaron 13 artículos por tratarse de evaluación de la ansiedad ( $n= 1$ ); intervenciones en varios trastornos comórbidos ( $n= 4$ ); intervenciones en trastorno obsesivo compulsivo (TOC) ( $n= 5$ ); intervención en

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo de los trabajos seleccionados*



depresión mayor ( $n= 1$ ) e intervenciones con familiares ( $n= 2$ ). La muestra final de trabajos incluidos en esta revisión fue de 11 artículos.

## **Resultados**

Se obtuvieron un total de 11 artículos (señalados en el apartado de referencias con un asterisco), todos ellos en habla inglesa. Los países más comúnmente representados fueron Reino Unido ( $n= 7$  artículos), Estados Unidos ( $n= 2$  artículos), Noruega ( $n= 1$  artículo) y Países Bajos ( $n= 1$  artículo). Los años de publicación variaron desde 1976 hasta 2021, siendo 2014 y 2021 los años con más publicaciones ( $n= 2$  artículos cada uno).

En la Tabla 2 se resumen los resultados obtenidos en los estudios revisados en función de distintos aspectos (i.e., autores, año de publicación, participantes, problemas específicos, tipos de intervención, técnicas de intervención utilizadas y resultados). El número total de participantes en los programas de intervención revisados fue de 62, de ellos 29 eran hombres, 19 mujeres y 14 no especificaban el género. El rango de edad oscilaba entre 7 y 56 años, contando con 27 niños y adolescentes de 7 a 19 años y 35 adultos de entre 20 a 56 años. En cuanto al nivel de DI, se registraron 8 participantes con DI leve, 3 con DI moderada, 6 con DI leve o moderada, 1 participante con DI severa y 44 participantes en los que no se especificaba el grado de DI que presentaban.

### ***¿Qué tipo de trastornos de ansiedad se tratan?***

Los once estudios incluían intervenciones para fobias específicas (2 estudios, 2 participantes), trastorno de ansiedad por separación (1 estudio, 1 participante), trastorno de pánico (1 estudio, 1 participante), síntomas de ansiedad o trastornos de ansiedad en los que no se especificaba el tipo de ansiedad (7 estudios, 58 participantes).

Los estudios sobre fobias específicas incluían la fobia al examen físico en el ámbito hospitalario y la fobia social. Más concretamente, Freeman et al. (1976) describió a un niño de 7 años que presentaba fobia al examen físico en el ámbito hospitalario, caracterizada por rabietas, conductas de escape, temblores, hiperactividad, pulso y respiración aceleradas. Por su parte, el estudio de Wright (2013) incluía a un joven de 19 años con fobia social que, al acudir a lugares públicos, presentaba

**Tabla 1.***Resumen de las principales características de los estudios revisados*

<b>Autores y año</b>	<b>Participantes</b>	<b>Problemática que presentan</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Técnicas de intervención</b>	<b>Resultados</b>
Freeman et al. (1976)	Varón de 7 años	Fobia al examen físico	Terapia de conducta  Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerarquía de situaciones</li> <li>• Desvanecimiento</li> <li>• Exposición</li> </ul>	Desvanecimiento de la fobia
Blakeley et al. (2021)	23 adolescentes entre 12 y 19 años, así como sus familiares Hombres: 17 Mujeres: 6	Síntomas clínicamente significativos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social o TOC)	Terapia cognitivo conductual  Intervención grupal	Personas con DI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Regulación emocional</li> <li>• Exposición</li> <li>• Expresión de historia positiva</li> </ul> Familiares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Identificación de la protección (adaptativa o excesiva)</li> <li>• Identificación de metas de exposición y jerarquía</li> </ul>	Reducción significativa de los síntomas de ansiedad
Giannaki y Hewitt (2021)	4 participantes de entre 21 a 56 años  Hombres: 1  Mujeres: 3	Síntomas de ansiedad	Terapia cognitivo conductual  Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de emociones.</li> <li>• Registros</li> <li>• Identificación de pensamientos irracionales y autoevaluación de su impacto en las emociones y acciones</li> <li>• Identificación de las reacciones corporales de ansiedad</li> <li>• Identificación y autopercepción de los cinco sentidos</li> <li>• Vincular emociones, pensamientos y comportamientos</li> </ul>	Disminución del 50% de todas las medidas de ansiedad

**Tabla 1.** Resumen de las principales características de los estudios revisados (continuación)

Autores y año	Participantes	Problemática que presentan	Tipo de intervención	Técnicas de intervención	Resultados
Hart y Robbins, 2014	17 participantes adultos (de los cuales solo se especifica edad, genero, nivel de DI e historia de la ansiedad en tres de ellos): Hombres: 1 Mujeres: 2	Síntomas de ansiedad	Terapia cognitivo conductual  Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración controlada</li> <li>• Imágenes guiadas</li> <li>• Relajación muscular progresiva</li> </ul>	Disminución general de los síntomas de ansiedad
Jonker et al. (2015)	Varón de 27 años	Ansiedad por separación	Terapia cognitivo conductual  Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de un teléfono móvil donde el participante debía escribir tanto a su cuidador como sus emociones.</li> <li>• Registro de emociones</li> <li>• Reforzador de emociones</li> </ul>	Disminución de la ansiedad y mantenimiento de los mensajes de ayuda

**Tabla 1.** Resumen de las principales características de los estudios revisados (continuación)

Autores y año	Participantes	Problemática que presentan	Tipo de intervención	Técnicas de intervención	Resultados
Kildahl et al. (2021)	Varón de 16 años	Trastorno de pánico, episodios autolesivos y trastorno depresivo	Terapia cognitivo conductual Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de los episodios autolesivos para poder controlar la ansiedad</li> <li>• Gestión de la ansiedad del cuidador</li> <li>• Desarrollo de estrategias de comportamiento alternativo</li> <li>• Reforzamiento de los comportamientos alternativos</li> <li>• Facilitación de actividades positivas</li> <li>• Reducción de la incertidumbre</li> </ul>	Reducción de la ansiedad tanto fisiológica como conductual
Kirk et al. (2014)	5 participantes entre 20 y 55 años Hombres: 2 Mujeres: 3	Trastorno de ansiedad	Terapia cognitivo conductual Intervención grupal	Psicoeducación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los efectos fisiológicos de la ansiedad en el cuerpo</li> <li>• Identificar los desencadenantes personales de la ansiedad y vincular los desencadenantes, las sensaciones corporales, los sentimientos y el comportamiento</li> <li>• Desarrollar habilidades de afrontamiento</li> </ul>	No existió una reducción significativa en el nivel de ansiedad en ninguno de los cinco participantes
Wright, 2013	Varón de 19 años	Fobia social	Terapia cognitivo conductual Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Técnicas de relajación</li> <li>• Identificación de los factores desencadenantes, pensamientos y creencias irracionales</li> <li>• Trabajo de autocontrol</li> <li>• Práctica de pensamientos alternativos mediante tarjetas</li> </ul>	Desvanecimiento de la fobia social y aumento en sus actividades

**Tabla 1.** Resumen de las principales características de los estudios revisados (continuación)

Autores y año	Participantes	Problemática que presentan	Tipo de intervención	Técnicas de intervención	Resultados
Boulton et al. (2018)	6 adultos, media de edad: 32,33 años Hombres: 4 Mujeres: 2	Síntomas de ansiedad	Terapia de aceptación y compromiso  Intervención individual	El material principal son las fotografías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de valores</li> <li>• Exploración de los valores actuales</li> <li>• Resolución de problemas</li> <li>• Acciones comprometidas</li> <li>• Planificación futura y exploración de vivencias a corto y largo plazo</li> </ul>	Los participantes mejoraron en sus habilidades para comprender aspectos valiosos de su vida y dirigirse por valores
Brown y Hooper, 2015	Mujer de 18 años	Pensamientos ansiosos y obsesivos; y evitación experiencial	Terapia de aceptación y compromiso  Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia corporal</li> <li>• Atención plena</li> <li>• Metáforas</li> </ul>	Disminución de la ansiedad a nivel fisiológico y conductual  Disminución del tiempo de las rumiaciones
Oliver et al. (2019)	2 mujeres de 28 y 39 años	Síntomas cognitivos de ansiedad	Terapia de aceptación y compromiso  Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención plena</li> <li>• Defunción</li> <li>• Conciencia del momento presente</li> <li>• Valores y acción comprometida</li> </ul>	Disminución significativa de las rumiaciones y los pensamientos de ansiedad



pensamientos del tipo “me van a hacer daño, me van a amenazar” y conductas de evitación (Wright, 2013).

El estudio sobre una intervención para el trastorno de ansiedad por separación incluía a un adulto de 27 años con DI, movilidad reducida y gran deterioro visual cuyo trastorno se inició desde que vivía en una residencia. Ante la ausencia de su cuidador, presentaba pensamientos de abandono, tensión motora y una búsqueda constante de interacción con los demás (Jonker et al., 2015).

En cuanto al estudio sobre el trastorno de pánico, Kildahl et al. (2021) realizaron una intervención con un menor con síntomas propios del trastorno de pánico como, por ejemplo, alta activación fisiológica o miedo intenso a morir, además de comportamientos autolesivos. Sin embargo, los autores no especificaban los síntomas de trastorno de pánico.

En cuanto al resto de estudios (Blakeley et al., 2021; Boulton et al., 2018; Brown y Hooper, 2015; Giannaki y Hewitt, 2021; Hart y Robbins, 2014; Kirk et al., 2014; Oliver et al., 2019), por un lado, las intervenciones se centraban en personas con DI y con trastornos de ansiedad, pero no se especificaba el tipo de ansiedad, presentando síntomas compatibles con ansiedad generalizada, fobias o TOC (Blakeley et al., 2021). Cabe señalar la falta de detalle a la hora de exponer los síntomas concretos de ansiedad de cada participante, pues en ocasiones solo se señalaba que cumplían los criterios de ansiedad según medidas de evaluación como, por ejemplo, la escala GAS-ID (Kirk et al., 2014). Por otro lado, otros estudios incluían intervenciones sobre síntomas de ansiedad concretos como, por ejemplo, síntomas cognitivos (pensamientos irracionales intrusivos) que en ciertos casos iban acompañados de conductas de evitación (Oliver et al., 2019).

### ***¿Qué estrategias o tipos de técnicas se utilizan?***

Los tipos de intervenciones implementadas han sido la terapia de conducta ( $n=1$ ; 9%), la terapia de aceptación y compromiso ( $n=3$ ; 27%) y la terapia cognitivo-conductual ( $n=7$ ; 64%). También se han encontrado tanto intervenciones individuales (8 estudios, 30 participantes) como intervenciones grupales (3 estudios, 32 participantes). La duración de las terapias osciló entre 3 sesiones (Oliver et al., 2019) y 14 sesiones (Blakeley et al., 2021).

Por un lado, en cuanto a las terapias de primera generación se ha encontrado el estudio que incluía la terapia de conducta (1 estudio, 1 participante). Se trata de una intervención individual para eliminar la fobia al examen físico que utilizaba cuatro técnicas para obtener una exposición gradual y prolongada con el fin de eliminar la ansiedad (Freeman et al., 1976): (1) contracondicionamiento, (2) desvanecimiento, (3) exposición y (4) generalización.

Por otra parte, en cuanto a las terapias de segunda generación, se ha encontrado que existen intervenciones tanto individuales como grupales desde la terapia cognitivo-conductual. Así, las técnicas utilizadas en las terapias individuales (4 estudios, 20 participantes) han sido ocho: (1) psicoeducación, con el fin de abordar de manera adaptada a la capacidad del paciente, en qué consisten las emociones, pensamientos y los comportamientos generados por la ansiedad, así como las conductas de evitación o de lucha y huida; (2) relajación, en sus diferentes variables (por ejemplo, la intervención de Hart y Robbins en 2014 se basaba en utilizar únicamente técnicas de relajación, como la respiración controlada, las imágenes guiadas y la relajación muscular progresiva adaptadas a cada participante); (3) reestructuración cognitiva, contrarrestando las evidencias a favor y en contra de los pensamientos negativos o ansiosos; (4) pensamientos alternativos positivos, ayudando al participante a desarrollar pensamientos positivos y más realistas; (5) identificación de emociones; (6) reforzamiento, positivo y negativo; (7) desarrollo de comportamiento alternativo y sistema jerárquico de distractores, con el fin de incrementar conductas motoras que desvíen la atención en los momentos de agitación; y (8) expresión creativa o caminata sensorial. Por otro lado, se utilizan cuatro técnicas en las intervenciones grupales (3 estudios, 32 participantes): (1) psicoeducación (solo Kirk et al. en 2014 utilizaron esta técnica con el fin de trabajar los tipos de efectos fisiológicos de la ansiedad en el cuerpo y cómo reconocerlos, las formas de identificar los desencadenantes personales de la ansiedad y vincular los desencadenantes, las sensaciones corporales, los sentimientos y el comportamiento, aprender la forma de relajarse eficazmente y desarrollar habilidades de afrontamiento); (2) exposición (a través de moldeado y apoyo de sus familiares); (3) “comportamiento valiente” (i.e., los participantes grababan un video donde desarrollaban una actividad que les producía ansiedad); y (4) identificación de emociones, pensamientos y conductas y la vinculación e integración de estos.

Por último, en cuanto a las terapias de tercera generación, se encontraron intervenciones de la terapia de aceptación y compromiso (3 estudios, 9 participantes) donde se implementaban las siguientes cuatro técnicas: (1) atención plena, (2) valores, (3) defusión y (4) conciencia del momento presente, con el fin de situar la atención de los participantes en lo que estaban sintiendo en este momento, reconocer los pensamientos y desvincular su conducta de estos enfocando su vida y sus valores hacia un objetivo (Oliver et al., 2019).

Por otra parte, en lo que respecta al lugar de la intervención, la mayoría de los estudios (9 estudios) realizaron la intervención en el lugar de trabajo del terapeuta (i.e., consulta, hospital o universidad). Sin embargo, en dos estudios la intervención se realizó en el hogar del paciente debido a: (1) que el participante recibía el alta del hospital y (2) la naturaleza del trastorno y su implicación en la residencia donde vive el paciente; en ambos casos la intervención se lleva a cabo bajo la supervisión constante del terapeuta.

### ***¿Qué nivel de eficacia tienen las intervenciones?***

Un total de seis estudios (55%) evaluaron cambios en la ansiedad utilizando instrumentos estandarizados, en concreto, 10 instrumentos que evalúan la ansiedad, otras patologías asociadas (e.g., depresión o miedos) y conducta adaptativa: (1) la Clinically Useful Anxiety Outcome Scale (CUXOS; D'Avanzato et al., 2013; Zimmerman et al., 2010); (2) la Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID; Mindham y Espie, 2003); (3) la Escala de Ansiedad, Depresión y Estado de Ánimo (ADAMS 1; Esbensen et al., 2003); (4) el Screen for Child Anxiety Related Disorders, Parent Version (SCARED-P; Birmaher et al., 1999); (5) el programa de encuestas de miedo para niños revisado (FSSC-R; Ollendick, 1983); (6) la Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al. 2005); (7) el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS; Chambers et al., 1985); (8) el Psychopathology Inventory for Mental Retarded Adults (PIMRA; Rush et al., 2004); (9) el PIMRA-I (Rush et al., 2004) y (10) el Acceptance and Action Questionnaire-9 (AAQ9; Hayes et al., 2004). Otros tres estudios utilizaron la técnica de observación (Boulton et al., 2018; Freeman et al., 1976;

Oliver et al., 2019) y otras dos entrevistas semiestructuradas (Blakeley et al., 2021; Giannaki y Hewitt 2021).

Debido a la gran variedad de instrumentos de evaluación (no estandarizados y estandarizados) y al escaso número de participantes no es viable realizar una comparación estadística de los resultados obtenidos. No obstante, se puede señalar que 10 estudios han referido tener resultados positivos en su intervención. Solamente en el estudio de Kirk et al. (2014) no obtuvo una reducción en los niveles de ansiedad de los participantes al tratarse de una intervención exclusivamente psicoeducativa. Si se observan los datos según generaciones, se observa que el estudio de primera generación reporta resultados positivos al conseguir eliminar la fobia específica (Freeman et al., 1976). Las intervenciones de segunda generación arrojan resultados igualmente eficaces para la intervención de las fobias específicas, utilizando técnicas muy diferentes a las utilizadas por la terapia de conducta, como son las cinco siguientes: (1) psicoeducación, (2) relajación, (3) identificación de los factores desencadenantes, pensamientos y creencias irracionales, (4) trabajo de autocontrol y (5) práctica de pensamientos alternativos mediante tarjetas (Wright, 2013). Además, consiguen reducciones significativas de los síntomas de ansiedad en otros trastornos (ansiedad sin especificar, ansiedad por separación o trastorno de pánico) (Giannaki y Hewitt, 2021; Hart y Robbins, 2014; Jonker et al., 2015; Kildahl et al., 2021), a excepción del estudio de Kirk et al. (2014). Por último, las intervenciones de tercera generación refieren resultados positivos necesitando, en ciertos casos, menos sesiones que en las terapias cognitivo conductuales (Oliver et al., 2019).

### **Discusión**

Las personas con DI sienten la ansiedad como el resto de la población, si bien la prevalencia de la ansiedad en personas con DI es superior, y su forma de expresar los síntomas y emociones puede ser diferente. De hecho, las personas con DI pueden manifestar cualquier trastorno mental, incluyendo trastornos de ansiedad entre ellos trastornos de ansiedad (Gómez y Navas, 2020), por lo que en la última década se ha producido un notable incremento en la investigación sobre trastornos mentales en personas con DI. La mayoría de tales investigaciones se centran en una variedad de trastornos (i.e., ansiedad y depresión, ansiedad e ira), existiendo escasos estudios

centrados en intervenciones dirigidas a tratar únicamente la ansiedad. En la revisión de la literatura científica, se han localizado un par de estudios que versan sobre ansiedad en personas con DI. Mientras Dagnan et al. (2018) describen la intervención en los trastornos de ansiedad desde la terapia cognitivo conductual en personas adultas con DI, Vasa et al. (2014) presentan algunos tratamientos para la ansiedad en personas con TEA. No obstante, no existen revisiones sistemáticas que estudien las intervenciones en los problemas de ansiedad de personas con DI desde una perspectiva amplia, que no esté centrada en una única generación de terapias (p. ej., terapias de segunda generación). Por todo ello, el objetivo de esta revisión sistemática ha sido analizar cuál es la eficacia de las intervenciones en ansiedad adaptadas a personas con DI, agrupándolas según la generación de terapias a la que pertenezcan y sin centrarnos únicamente en una de ellas.

Esta revisión sistemática se ha centrado en 11 estudios enfocados a la ansiedad de personas con DI. La literatura revisada incluyó: (1) participantes de una amplia franja de edad (desde los 7 a los 56 años), al contrario que el estudio de Dagnan et al. (2018) que se centró en población adulta a partir de 17 años (hasta 73 años) o el estudio de Vasa et al. (2014) cuya población diana fue la infanto juvenil; (2) diversos niveles de DI (desde leve a severa) y condiciones (como solamente DI, o diagnósticos comórbidos de TEA, discapacidad motora o visual), al contrario que el estudio de Vasa et al. (2014) donde los participantes con TEA podían tener o no asociada una DI.

Las tres revisiones comparten varias características pues incluyen: (1) un escaso número de estudios (19 en la revisión de Dagnan et al., 15 en la revisión de Vasa et al. y 11 en la presente revisión), a pesar de no haber limitado los años de publicación en la búsqueda; (2) pocos participantes; (3) únicamente estudios en lengua inglesa (en los trabajos de Dagnan et al. y Vasa et al. debido a que sólo buscaron artículos en inglés y en el presente trabajo por no haber encontrado ningún estudio en español); (4) intervenciones psicológicas para trastornos de ansiedad inespecíficos y síntomas de ansiedad, seguidos de fobias, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad por separación, si bien Vasa et al. añaden a las intervenciones psicológicas las farmacológicas; (5) recogen intervenciones en trastornos de ansiedad pero, mientras Dagnan et al. y de Vasa et al. recogieron intervenciones para trastornos de ansiedad y otros trastornos (por ejemplo, trastornos depresivos), el presente trabajo ha recopilado

intervenciones exclusivamente centradas en trastornos de ansiedad; (6) intervenciones tanto individuales como grupales: mientras Dagnan et al. solo describen tres técnicas (psicoeducación, relajación con y sin meditación y exposición), en esta revisión sistemática se ha identificado un amplio abanico de técnicas (i.e., psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, identificación de emociones, reforzamiento, contracondicionamiento, desvanecimiento, exposición, generalización, desarrollo de comportamiento alternativo, sistema jerárquico de distractores, expresión creativa, caminata sensorial, atención plena, valores, defusión y conciencia del momento presente). Como hemos mencionado, la presente revisión, además, ha localizado terapias individuales de las tres generaciones y terapias grupales basadas en la terapia cognitivo conductual.

Aunque dadas las diversas fuentes de evaluación y a las pequeñas muestras utilizadas en los estudios no hemos podido analizar estadísticamente el nivel de eficacia de las intervenciones, la gran mayoría de intervenciones que fueron eficaces para reducir significativamente diversos tipos de ansiedad en personas con DI leve, moderada o severa. En cuanto a la eficacia según el tipo de trastorno de ansiedad, se han encontrado intervenciones eficaces para fobias y ansiedad por separación (reducción total de la ansiedad), mientras para el trastorno de pánico y trastorno de ansiedad inespecífico o síntomas de ansiedad se establece que ha habido una reducción significativa de los síntomas. Cabe destacar que se observa una ausencia de literatura sobre intervenciones específicas tanto para el trastorno de ansiedad generalizada, como para los trastornos de ansiedad en personas con DI profunda.

Los resultados de la presente revisión han intentado ofrecer una visión global de las intervenciones psicológicas existentes para trastornos de ansiedad en personas con DI durante todo su ciclo evolutivo y de las tres generaciones. Es notable el gran número de técnicas encontradas, todas ellas adaptadas al nivel de funcionamiento de la persona, si bien cabe destacar algunos déficits en la literatura científica descrita en el presente trabajo: (1) el escaso número de estudio ( $n=11$ ) y participantes ( $n=62$ ) ya señalados: (2) no incluye a participantes de todas las franjas de edad (i.e., menores de siete años y mayores de cincuenta y seis); (3) no se han encontrado investigaciones en español; (4) aunque se han encontrado varios estudios en los que se describe e interviene en síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad generalizada (por ejemplo, Forte et

al. 2011 se centraron en los síntomas de preocupación y rumia), no se ha encontrado ningún estudio que explore las intervenciones en dicho trastorno para las personas con DI; (5) no se ha podido valorar estadísticamente la eficacia de las intervenciones encontradas debido al escaso número de participantes, a la falta de homogeneidad en sus medidas de evaluación, diversidad en las medidas de resultados y al escaso control en el diseño de los estudios (i.e., ningún estudio tenía un grupo control); y (6) por último, podrían existir más estudios publicados en revistas no revisadas por pares o estudios en otros idiomas que no sean inglés o español que no han sido incluidas en esta revisión.

A pesar de las limitaciones anteriores, esta revisión pone de manifiesto que las personas con DI pueden beneficiarse de intervenciones sobre los trastornos de ansiedad. Sin embargo, se necesita más investigación debido al limitado número de estudios y al escaso control en los pocos existentes. La investigación futura ha de incluir, por una parte, todos los trastornos de ansiedad en los diferentes niveles de DI y etapas del ciclo vital y, por otra parte, seguir estructuras y criterios de descripción del caso y de evaluación estandarizados.

### Referencias

- Álvarez, M., Sáez, G. y D'Orey, M. (2020). El bienestar emocional de los adultos con síndrome de Down: una mirada transdiagnóstica. *Siglo Cero*, 50(4), 7-21.  
<http://dx.doi.org/10.14201/scero2019504721>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ª ed.). American Psychiatric Association.
- Baonza, C. (2019). *Propuesta de intervención mediante un programa de Mindfulness aplicado a la discapacidad intelectual: trabajando con prejuicios* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://core.ac.uk/download/pdf/250407317.pdf>
- Beneytez, C. (2019). *Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque transdiagnóstico* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56729/1/T41307.pdf>
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional

Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–1236.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00011>

\*Blakeley, A., Meyer, A., Boles, R. y Reaven, J. (2021). Group cognitive behavioural treatment for anxiety in autistic adolescents with intellectual disability: A pilot and feasibility study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 777-788. <https://doi.org/10.1111/jar.12854>

\*Boulton, E., Williams, J. y Jones, S. (2018). Intellectual disabilities and ACT: feasibility of a photography-based values intervention. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 12(1), 11-21. <https://doi.org/10.1108/AMHID-07-2017-0028>

Bouvet, C. y Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(3), 228-240. <https://doi.org/10.1177/1744629515605942>

\*Brown, F. y Hooper, S. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning-disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195-201. <https://doi.org/10.1177/1744629509346173>

Canet, E. (2017). *Análisis y experiencia clínica del estado de ansiedad dental en los pacientes odontológicos con discapacidad intelectual en comparación a los pacientes odontológicos de la población general* [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante]. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/82206/1/tesis\\_emilio\\_canet\\_ramia.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/82206/1/tesis_emilio_canet_ramia.pdf)

Chambers, W., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P., Tabrizi, M. y Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696–702. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790300064008>



- Dagnan, D., Jackson, I. y Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 6(11), 974-991.  
<https://doi.org/10.1111/jir.12548>
- Esbensen, J., Rojahn, J., Aman, G. y Ruedrich, S. (2003). Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among individuals with mental retardation. *Revista de Autismo y Trastornos del Desarrollo*, 33(6), 617–629. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000005999.27178.55>
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., First, M. y National Association for the Dually Diagnosed - NADD (2017). *Manual de diagnóstico-Discapacidad intelectual DM-ID*. Obra Social La Caixa
- Florez, I. y Bethay, J. (2017). Using adapted dialectical behavioral therapy to treat challenging behaviors, emotional dysregulation, and generalized anxiety disorder in an individual with mild intellectual disability. *Clinical Case Studies*, 16(3), 200-215. <https://doi.org/10.1177/1534650116687073>
- Forte, M., Jahoda, A. y Dagnan, D. (2011). ¿Un momento de ansiedad? Explorar la naturaleza de las preocupaciones que experimentan los jóvenes con una discapacidad intelectual de leve a moderada en su transición a la edad adulta. *Revista Británica de Psicología Clínica*, 50, 398–411.
- \*Freeman, B., Roy, R. y Hemmick, S. (1976). Extinction of a phobia of physical examination in a seven-year-old mentally retarded boy—a case study. *Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 63-64. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(76\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(76)90045-0)
- \*Giannaki, R. y Hewitt, O. (2021). A multiple methods evaluation of a cognitive behavioural therapy group for people with learning disabilities and anxiety. *British Journal of Learning Disabilities*, 49(1), 87-99.  
<https://doi.org/10.1111/bld.12344>
- Gil, R. y Medina, B. (2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad intelectual: revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 38-44.  
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.05.001>

- Gómez, L. y Navas, P. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos del desarrollo intelectual y de problemas salud mental. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia* (pp. 137-157). Pirámide.
- Grupo de Trabajo Discapacidad Intelectual y Salud Mental. (2013). *Propuestas para la mejora de la atención de las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental*. <https://www.cedd.net/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/501192/>
- Harper, S., Webb, T. y Rayner, K. (2013). The effectiveness of mindfulness-based interventions for supporting people with intellectual disabilities: a narrative review. *Behavior Modification*, 37(3), 431-453. <https://doi.org/10.1177/0145445513476085>
- \*Hart, N. y Robbins, L. (2014). Imagine your bedroom is the entrance to the zoo: Creative relaxation—exploring and evaluating the effectiveness of a person-centred programme of relaxation therapies with adults with a mild to moderate intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/bld.12055>
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C., Blizard, R. y King, M. (2011). Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-95>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F.W., Forsyth, J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54, 553–78. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hemm, C., Dagnan, D. y Meyer, T. D. (2018). Social anxiety and parental overprotection in young adults with and without intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 360-368. <https://doi.org/10.1111/jar.12413>

- Idusohan, H., Sawicka, A., Dendle, J. y Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 93-104. <https://doi.org/10.1111/jir.12082>
- \*Jonker, D., Sterkenburg, P. y Van Rensburg, E. (2015). Caregiver-mediated therapy for an adult with visual and intellectual impairment suffering from separation anxiety. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.08.005>
- Kerns, C., Renno, P., Kendall, P., Wood, J. y Storch, E. (2017). Anxiety disorders interview schedule–autism addendum: Reliability and validity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 88-100. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1233501>
- \*Kildahl, A., Bakken, T., Matre, E., Hellerud, J., Engebretsen, M. y Helverschou, S. (2021). Case study: identification of anxiety and subsequent intervention in an adolescent male with autism, severe intellectual disability and self-injurious behaviour. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67, 327-338. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1850160>
- \*Kirk, J., Sehmi, A., Hazeldine, C., Palmer, G. y Ruddle, G. (2014). LIFT psychology primary care group for people with intellectual disabilities: can IAPT adapt? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(1), 51-62. <https://doi.org/10.1108/AMHID-12-2012-0008>
- Klein, A., Houtkamp, E., Salemink, E., Baartmans, J., Rinck, M. y van der Molen, J. (2018). Differences between self-and peer-rated likability in relation to social anxiety and depression in adolescents with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 80, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.016>
- Márquez, E., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L. y Galván, S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 443-449.

- Matson, J. y Smioldo, B. (1997). Validity of the mania subscale of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II (DASH-II). *Research in Developmental Disabilities, 18*(3), 221-225. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(97\)00005-x](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(97)00005-x)
- Mindham J. y Epsie C.A. (2003). Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID): development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disability. *Journal Intellectual Disabilities Research, 47*(1), 22–30
- Miodrag, N., Lense, M. D. y Dykens, E. M. (2013). A pilot study of a mindfulness intervention for individuals with Williams syndrome: Physiological outcomes. *Mindfulness, 4*(2), 137-147. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0178-2>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med, 6*(6), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moskowitz, L., Walsh, C., Mulder, E., McLaughlin, D., Hajcak, G., Carr, E. y Zarcone, J. (2017). Intervention for anxiety and problem behavior in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(12), 3930-3948. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3070-z>
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L. y Forgas, E. (2015). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. [http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/955/L\\_NovellAlsinaR\\_SaludMentalAlteraciones\\_2003.pdf?sequence=1](http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/955/L_NovellAlsinaR_SaludMentalAlteraciones_2003.pdf?sequence=1)
- \*Oliver, M. A., Selman, M., Brice, S. y Alegbo, R. (2019). Two cases of Acceptance and Commitment Therapy leading to rapid psychological improvement in people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 13*(6), 257-267. <https://doi.org/10.1108/AMHID-04-2019-0012>

- Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685–692
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. <https://www.who.int/classifications/icd/en>
- Peña, C. (2017). *El infradiagnóstico de los trastornos psiquiátricos en la población con discapacidad intelectual. La relación entre la enfermedad mental y los trastornos de conducta*. [Tesis Doctoral, Universidad de Vic].  
[http://dspace.uvic.cat/xmlui/bitstream/handle/10854/5285/tesdoc\\_a2017\\_pe%C3%B1a\\_carlos\\_infradiagnostico.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.uvic.cat/xmlui/bitstream/handle/10854/5285/tesdoc_a2017_pe%C3%B1a_carlos_infradiagnostico.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Peña, C., Arrufat, F., Fontanet, A., García, N., Más, S., Roura, P. y Santos, M. (2017). El infradiagnóstico del trastorno mental en la población con discapacidad intelectual: Estudio de prevalencia en población con diferentes grados de discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 48(3), 27-39. <http://dx.doi.org/10.14201/scero20174832739>
- Plena Inclusión (2020). *La discapacidad intelectual en cifras*. <https://www.plena-inclusion.org/discapacidad-intelectual/la-discapacidad-intelectual-en-cifra>
- Prosser, H., Moss, S., Costello, H., Simpson, N., Patel, P. y Rowe, S. (1998). Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(4), 264-272. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00146.x>
- Risueño, S. (2018). *Intervención psicológica en personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental*. [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Oviedo].  
[https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/46057/TFM\\_SofiaRisue%C3%B1oGonzalez.pdf?sequence=3](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/46057/TFM_SofiaRisue%C3%B1oGonzalez.pdf?sequence=3)
- Roberts, L. (2018). Putting the C into CBT: cognitive challenging with adults with mild to moderate intellectual disabilities and anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(5), 662-671. <https://doi.org/10.1002/cpp.2196>
- Rodgers, J., Wigham, S., McConachie, H., Freeston, M., Honey, E. y Parr, J. (2016). Development of the anxiety scale for children with autism spectrum disorder

- (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205-1215. <https://doi.org/10.1002/aur.1603>
- Rosencrans, M., Tassé, M. J., Kim, M., Krahn, G. L., Bonardi, A., Rabidoux, P., Bourne, M., Harvencamp, S. y The Ohio State University Nisonger RRTC on Health and Function (2021). Invisible populations: Who is missing from research in intellectual disability? *Research in Developmental Disabilities*, 119, 104117. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104117>
- Rush, K., Bowman, L., Eidman, S., Toole, L. y Mortenson, B. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behaviour Modification*, 28(5), 621–637. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445503259830>
- Sánchez, D. y Robles, M. (2020). Preliminary study on psychometric properties of an anxiety scale in Down syndrome with anxiety symptoms. *International Journal of Psychological Research*, 13(1), 50-61. <https://doi.org/10.21500/20112084.4493>
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Tassé, M. J. (2019). The contemporary view of intellectual and developmental disabilities: Implications for psychologists. *Psicothema*, 31(3), 223-228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.119>
- SEPAD (2018). *Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental*. <https://saludextremadura.ses.es/sepad/detalle-contenido-estructurado?content=planes-y-programas-discapacidad>
- Servicio de Investigación sobre Discapacidad (2019). *El INE actualizará en 2021 los datos sobre personas con discapacidad en España ya que la última encuesta es de 2008*. <https://sid-inico.usal.es/noticias/el-ine-actualizara-en-2021-los-datos-sobre-personas-con-discapacidad-en-espana-y-a-que-la-ultima-encuesta-es-de-2008/>
- Solís, P. (2015). *Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen* [Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/31116>
- Sparrow, S., Cicchetti, D. y Balla, D. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales–II*. Minneapolis. Pearson.

- Spence, S. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 280-297. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.280>
- Vasa, R., Carroll, L., Nozzolillo, A., Mahajan, R., Mazurek, M., Bennett, A., Wink, L. y Bernal, M. (2014). A systematic review of treatments for anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(12), 3215-3229. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2184-9>
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Craig, E., Coulter, D., Gómez, S., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J. y Yeager, M. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Siglo Cero, 39*(3), 5-18.
- \*Wright, K. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety in a man with autism spectrum disorder, intellectual disability, and social phobia. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 7*(5), 284-292. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2013-0040>