



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención psicológica mediante Análisis Funcional de un caso de Ansiedad por la Salud

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: María Jiménez Pacheco

Tutor/a clínico: Lola Correa

Tutor/a académico: Tauana Matías

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 12.075

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

Agradecimientos

A mi abuela Lola y a mi abuelo José, que desde allí arriba están en cada paso que doy. Y a mi abuela María, por ser mi apoyo incondicional.

A mis padres, por darme tantas oportunidades y ayudarme a cumplir sueños.

Y a Isa, por ser guía, ayuda y equilibrio; por estar y permanecer.

Resumen

La ansiedad por la salud es el miedo y la preocupación persistente por presentar una enfermedad grave o morir a causa de ella. Esta problemática afecta a las personas que la presentan, aunque también interfiere en el sistema de salud, por las altas demandas que realizan a causa de este problema psicológico. En el caso de este trabajo se presenta un hombre joven, estudiante de psicología, que acude a consulta por manifestar sintomatología ansiosa y pensamientos rumiativos relacionados con sufrir un ataque cardíaco. Se realizó el análisis funcional de las conductas problema, el cual muestra un patrón de conductas evitativas y de comprobación, acompañado de pensamientos rumiativos, que jugaban un papel clave en el mantenimiento de la problemática. Se presentan con detalle las cadenas funcionales, así como los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento. La intervención tiene como fundamento el análisis funcional, con el fin de asegurar un tratamiento individualizado. Las técnicas empleadas, en base a dichas necesidades, corresponden a la corriente cognitivo-conductual, tratamiento empíricamente validado para intervenir en la ansiedad por la salud. La duración de la intervención fue de 21 sesiones, estableciendo un seguimiento hasta la sesión 28, donde se realizó el alta. Los objetivos terapéuticos se valoraron como conseguidos, por lo que se dio por resuelta la problemática.

Palabras clave: ansiedad por la salud; análisis funcional; terapia cognitivo-conductual; estudio de caso único.

Abstract

Health anxiety is the persistent fear and worry about developing a serious illness and dying from it. This problem affects the people who suffer from it, although it also interferes with the health system, due to the high demands they make because of this psychological problem. In the case of this study, we present a young man, a psychology student, who comes for consultation because of anxious symptoms and ruminative thoughts related to suffering a heart attack. A functional analysis of the problem behaviours was carried out, which showed a pattern of avoidance and checking behaviours, accompanied by ruminative thoughts, which played a key role in the maintenance of the problem. The functional chains are presented in detail, as well as the therapeutic objectives and the treatment plan. The intervention is based on functional analysis in order to ensure individualised treatment. The techniques used, based on these needs, correspond to the cognitive-behavioural current, a treatment empirically validated to intervene in health anxiety. The duration of the intervention was 21 sessions, with follow-up until session 28, when the patient was discharged. The therapeutic objectives were assessed as achieved, and the problem was therefore considered to be resolved.

Keywords: health anxiety; functional analysis; cognitive-behavioral therapy; single case study.

Índice

1. Introducción	6
1.1. Conceptualización de la Ansiedad por la Salud	6
1.2. Etiología y Modelos Teóricos	8
1.3. Intervención y Tratamientos Relevantes	12
1.4. Justificación del tema	15
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	16
3. Estrategias de Evaluación	18
4. Formulación clínica del caso	20
4.1. Variables Disposicionales	20
4.2. Hipótesis de Origen	21
4.3. Hipótesis de Mantenimiento	23
4.3.1. Consecuencias a Corto, Medio y Largo Plazo	28
4.4. Objetivos del Tratamiento y Técnicas de Intervención	29
5. Tratamiento	30
5.1. Descripción de las Técnicas	31
6. Valoración del tratamiento	36
7. Discusión y conclusiones	41
8. Referencias bibliográficas	48
9. Anexos	53
Anexo A: Historia Biográfica	53
Anexo B: Autorregistro de Malestar	61
Anexo C: Autorregistro de Respiración Diafragmática	62
Anexo D: Autorregistro de Exposición	63
Anexo E: Autorregistro del Debate de Reestructuración Cognitiva	64
Anexo F: Consentimiento Expreso	65
Anexo G: Cronograma de las Sesiones de Evaluación y Tratamiento	69
Anexo H: Jerarquía de Exposición	75

Índice de Tablas

Tabla 1: Estrategias de Evaluación	18
Tabla 2: Objetivos y Técnicas de Intervención	29
Tabla 3: Valoración de Objetivos Terapéuticos tras la Intervención	36

Índice de Figuras

Figura 1: Mantenimiento de la Ansiedad por la Salud	11
Figura 2: Hipótesis de Origen: Cadenas Funcionales de Condicionamiento Clásico	22
Figura 3: Hipótesis de Origen: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Rumia	23
Figura 4: Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Rumia y Comprobación	25
Figura 5: Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Evitación	26
Figura 6: Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Tomar Cerveza	27
Figura 7: Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Consumo de Alimentos	28
Figura 8: Diferencias en la Jerarquía de Exposición entre el Malestar Inicial y tras la Intervención en EPR	38

1. Introducción

La *hipocondría* se ha definido como la “preocupación por la creencia o el miedo de padecer una enfermedad grave sin que exista una patología orgánica” (Salkovskis y Rimes, 1997, p. 112). Dicho término ha sido relacionado desde tiempos memorables con un gran estigma por parte de los profesionales de la salud (Martínez et al., 1997). No obstante, como señalaba Kellner (1986) “la historia de la hipocondría es más la historia de un término que la de un trastorno o síndrome” (citado en Botella y Martínez, 2008, p. 356).

Con el fin de reducir atribuciones peyorativas hacia las personas que muestran dicha sintomatología, desde la American Psychiatric Association (APA, 2013) se introduce el *trastorno de ansiedad por enfermedad*, definido como “preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave”. Sin embargo, comúnmente se sigue haciendo referencia al término *hipocondría* para referirse a las personas que presentan dicho problema psicológico.

En la actualidad, en el ámbito clínico, el término *hipocondría* se encuentra en desuso, pasando a denominarse *ansiedad por la salud* (Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019; Bailer et al., 2015; Tyrer et al., 2019). De esta forma, la actualización del término recoge una forma más precisa de denominarlo, reduciendo el estigma asociado antaño. Este cambio permite encuadrar la problemática dentro de los trastornos de ansiedad, lo que facilitará la manera de abordarla (Botella y Martínez, 2008; Fernández y Fernández, 2001; Tyrer et al., 2019); mismo motivo por el que se ha decidido hacer referencia durante todo el trabajo a esta problemática como ansiedad por la salud, en lugar de hipocondría.

1.1. Conceptualización de la Ansiedad por la Salud

La *ansiedad por la salud*, de forma más específica, hace referencia al “miedo persistente y excesivo a presentar una enfermedad grave, o la preocupación por ella, que no sólo provoca

sufrimiento y deterioro funcional, sino que también predice un aumento del consumo de asistencia sanitaria y de los costes sociales” (Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019, p. 1). Autores como Asmundson y Fergus (2019, p. 1) exponen que la ansiedad por la salud se produce cuando “las sensaciones o cambios corporales percibidos se interpretan como síntomas de enfermedad grave”. Así, las preocupaciones o miedos por enfermarse están acompañados de conductas de seguridad que pretenden reducir dichos temores, las cuales se pueden manifestar mediante: (a) búsqueda o comprobaciones de garantía de salud, como acudir a citas médicas; (b) el control del cuerpo, mediante autochequeos del estado de salud; (c) evitación de estímulos condicionados a la enfermedad temida; y (d) revisiones de fuentes sobre sintomatología relacionada con la enfermedad temida, como la búsqueda de información en internet (Abramowitz y Braddock, 2006; Asmundson y Fergus, 2019).

Respecto a la búsqueda de información mediante internet, se desarrolla un nuevo concepto como es la *cibercondría*, que a pesar de no haber consenso actualmente sobre su definición, se puede describir como “una búsqueda en internet excesiva o repetida de información relacionada con la salud, impulsada por la angustia, que provoca amplificación de la ansiedad por la salud” (Starcevic y Berle, 2013, p. 206; Vismara et al., 2020). Es considerada una manifestación de la ansiedad por la salud, la cual también cumpliría función mantenedora del problema (Abramowitz y Braddock, 2006; Salkovskis y Rimes, 1997; Vismara et al., 2020).

Aproximadamente, entre el 3,4% de la población general y en torno al 20% de los usuarios de clínicas médicas presentan manifestaciones relacionadas con la ansiedad por la salud (Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019; Lebel et al., 2020). Un estudio más reciente expone que la prevalencia para la ansiedad por la salud es de entre 1 y 2% entre la población general e identifican que la preocupación por enfermarse es más común, con una tasa de prevalencia del 3% (Lebel et al., 2020). Estudios similares identifican hasta una prevalencia de entre el 10 y el 20% en población general, lo

que señala un incremento de la prevalencia de la ansiedad por la salud en estos últimos años (Tyrer et al., 2019; Tyrer y Tyrer, 2019).

Uno de los motivos por los que este tema tiene relevancia actual es que, además de causar deterioro personal y funcional en la persona que presenta ansiedad por la salud, también provoca un incremento de los costes sanitarios y sociales por el aumento del consumo de asistencia médica (Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019). Por tanto, teniendo en cuenta que las personas que presentan esta problemática utilizan entre un 41% y un 78% más los servicios sanitarios que las personas que padecen una enfermedad física diagnosticada, es relevante tener en cuenta la cifra de aumento de estos casos, para poder reducir la sobreutilización de estos servicios y disminuir el colapso de los servicios de salud física, promoviendo un uso de la salud mental para los casos de esta índole (Asmundson y Fergus, 2019; Tyrer et al., 2019).

En relación a la prevalencia, Asmundson y Fergus (2019) aseguran que la gran mayoría de la población experimenta, en algún momento de su vida, ansiedad por la salud. Asimismo, Tyrer y Tyrer (2019), afirman que las preocupaciones asociadas a la salud son naturales en la población general. Ambos estudios confirman que, en algunos casos, cuando estas preocupaciones se convierten en persistentes, causan angustia en las personas que las presentan, estableciéndose así la ansiedad por la salud (Abramowitz y Braddock, 2006; Asmundson y Fergus, 2019; Tyrer y Tyrer, 2019).

1.2. Etiología y Modelos Teóricos

En la actualidad, Tyrer y Tyrer (2019) señalan que existe un número reducido de artículos que explican la etiología de la ansiedad por la salud. Barsky (1992) propuso desde el modelo cognitivo el concepto de “amplificación sensorial”, para dar explicación al origen de dicha problemática. En este caso, la amplificación sensorial puede definirse como la malinterpretación de sensaciones corporales, que asociadas a sospecha de enfermedad, produce hipervigilancia selectiva de síntomas que

confirman la hipótesis de padecer una afección o dolencia. El incremento de ansiedad por dicha amplificación estaría aumentando la presencia de sensaciones corporales, características de la propia activación fisiológica relacionada con la ansiedad, que serviría como nueva prueba de enfermedad. De esta forma, se estaría produciendo un círculo vicioso que mantendría la problemática (Abramowitz y Braddock, 2006).

Por otro lado, otros autores que proponen un modelo explicativo de la ansiedad por la salud desde el modelo cognitivo son Warwick y Salkovskis (1990) que destacan que, como desencadenante, se encuentra la interpretación errónea de los síntomas físicos como indicio de una enfermedad orgánica. Señalan también como crucial las vivencias previas con enfermedades, ya sean presentadas en el propio individuo o padecidas en alguien cercano. De esta forma, se estarían iniciando creencias irracionales en relación a la presencia de una enfermedad física, asociada de forma directa a las señales o sensaciones corporales y la interpretación de las mismas.

Desde un enfoque cognitivo-conductual, se entiende que en el origen de la ansiedad por la salud se encuentran variables ambientales y personales. Estas variables están asociadas con la interacción del individuo y del entorno, que han conformado la historia de aprendizaje de la persona, pudiendo destacar aquellas en relación al modelado de conductas de enfermedad y/o por condicionamiento aversivo de experiencias tempranas. De esta forma, podría producirse cierta vulnerabilidad para que, en un futuro, se desencadenen creencias irracionales relacionadas con la posibilidad de padecer una enfermedad orgánica (Abramowitz y Braddock, 2006; Asmundson y Fergus, 2019).

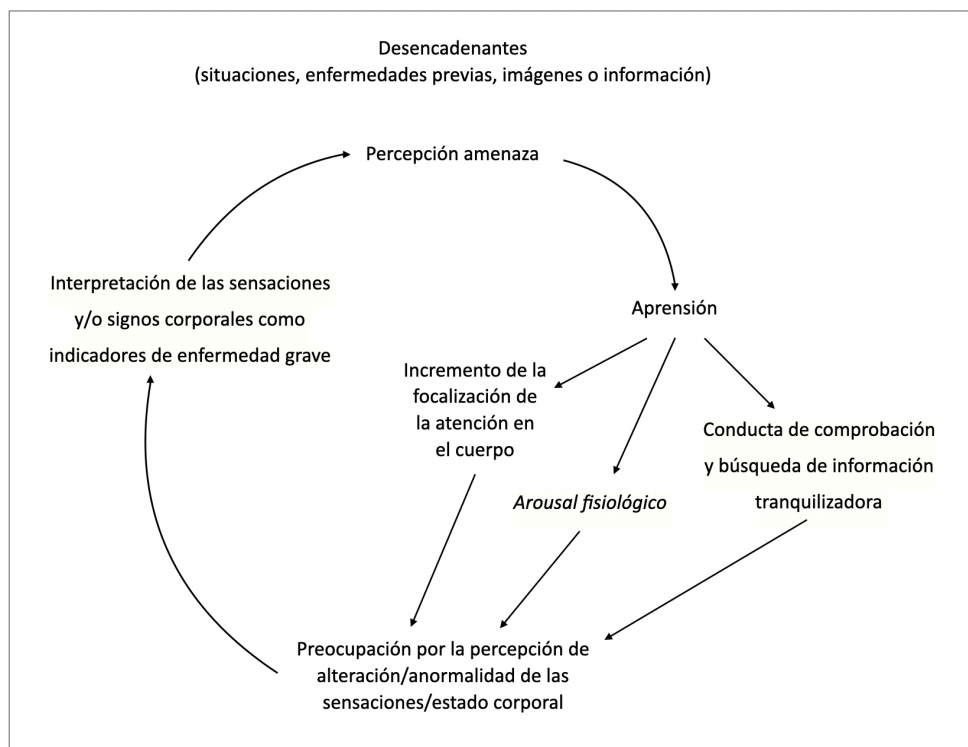
Tyrer y Tyrer (2019) han delimitado cuáles son los factores involucrados en el establecimiento de la ansiedad por la salud. En primer plano se encuentran los “eventos vitales negativos”, asociados a circunstancias personales que supusieron gran estrés, tales como muerte de

un familiar o problemas económicos. Por otro lado, identifican los “antecedentes familiares”, como el modelado por parte de los padres hacia los hijos o las hijas en relación a las conductas de enfermedad. También identifican como “disparadores” los eventos traumáticos, que en el caso de la ansiedad por la salud, suelen estar relacionados con una muerte repentina o súbita. Así pues, el hecho de que se produzcan estos eventos puede tener función reforzadora y confirmatoria cuando existe sospecha de enfermedad (Asmundson y Fergus, 2019).

Por otro lado, Salkovskis y Rimes (1997) expusieron como variables mantenedoras de la ansiedad por la salud: (a) mayor activación fisiológica, que lleva a la malinterpretación de dicha sintomatología como posible afección médica; (b) atención selectiva sobre cambios corporales, que facilitará la percepción de ligeras variaciones a nivel fisiológico, dando lugar a sesgos confirmatorios acerca de sospechas de enfermedad física; (c) evitación de conductas que faciliten la exacerbación de síntomas que puedan estar asociados a enfermedad, como evitar el esfuerzo físico por sentir la activación fisiológica; y (d) comprobaciones para descartar la presencia de enfermedad orgánica, como acudir a centros médicos, búsqueda de síntomas en textos, chequeos de salud, etc. Así pues, se estaría produciendo un afrontamiento desadaptativo hacia la problemática, ya que, mediante el control corporal y la búsqueda de información tranquilizadora, la ansiedad aumentaría a largo plazo (Asmundson y Fergus, 2019). De forma más detallada, se presenta el mantenimiento de la ansiedad por la salud en la [figura 1](#).

Figura 1

Mantenimiento de la ansiedad por la salud



Nota. Adaptado de Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría (p. 364), por P. M. Salkovskis, 1989, citado en Botella, C. y Martínez, M. P. (2008). *Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría* (pp. 355-406).

En consonancia con las variables de mantenimiento expuestas, varios estudios ponen en relieve que, generalmente, están relacionadas con las presentadas en los trastornos de ansiedad. De esta forma, se entiende que las personas que presentan ansiedad por la salud responden ante la amenaza específica del miedo a enfermar y, consecuentemente, del miedo a la muerte (Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019; Tyrer y Tyrer, 2019). Por ello, ante un estímulo que es entendido como una amenaza para la propia salud, la respuesta que desencadena en el organismo es de “lucha-huida”, siendo una respuesta adaptativa en ese caso, ya que pretende escapar del peligro que entraña la interpretación de los síntomas físicos. Esta respuesta evoca la sintomatología ansiosa, lo que estaría desencadenando un aumento de la activación fisiológica, y por ende, aumento de las sensaciones

corporales que pueden ser asociadas a indicadores de presencia de enfermedad física, pero que no serían más que la manifestación benigna, puesta en marcha por el organismo para activarse ante la amenaza percibida (Abramowitz y Braddock, 2006). De esta forma, se estaría reduciendo la ansiedad a corto plazo, pero manteniéndose a largo plazo (Asmundson y Fergus, 2019).

1.3. Intervención y Tratamientos Relevantes

El tratamiento de la ansiedad por la salud, tiempos atrás se consideraba una problemática resistente a las intervenciones psicológicas, por lo que era abordada desde una perspectiva médica y, por consiguiente, mediante el uso de fármacos (Martínez et al., 1997; Taylor et al., 2005). No obstante, la efectividad de este tipo de tratamiento sigue abierta a la investigación (Fernández y Fernández, 2001), ya que como exponen Taylor et al. (2005), se ha encontrado cierta efectividad del uso de fármacos, aunque no hay evidencias de la eficacia a largo plazo. También podría causar deterioro en el tratamiento, puesto que los efectos secundarios de la medicación pueden ser interpretados como síntomas físicos asociados a enfermedad, lo que estaría perpetuando la problemática (Fallon, 2001, como se citó en Taylor et al., 2005).

Las nuevas aportaciones desde la psicología y las explicaciones sobre el origen de la ansiedad por la salud han contribuido a un abordaje más ajustado. La intervención psicológica se orientó hacia el ámbito cognitivo-conductual, pretendiendo reconocer y modificar las interpretaciones erróneas asociadas a los síntomas físicos y eliminando las conductas de seguridad asociadas a dichas creencias (Abramowitz y Braddock, 2006; Fernández y Fernández, 2001). Numerosos estudios avalan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la ansiedad por la salud, señalando que es superior a cualquier otro tipo de intervención, demostrando una reducción importante en la mayoría de las conductas problema presentadas y, además, provocando cambios más duraderos a lo

largo del tiempo (Abramowitz y Braddock, 2006; Botella y Martínez, 2008; Martínez y Belloch, 2004; Olatunji et al., 2014; Taylor et al., 2005).

Siguiendo las aportaciones de Barsky et al. (1988), se plantea la intervención como un aprendizaje sobre la percepción de los síntomas físicos, examinando los factores implicados en la amplificación sensorial, con el fin de acrecentar el afrontamiento de la problemática y mejorar el funcionamiento de la persona (Fernández y Fernández, 2001). Dicho programa mostró mejoras en los y las pacientes, las cuales se mantuvieron tras mes y medio, y tras un año de la finalización del tratamiento (Botella y Martínez, 2008).

Se identifican cómo técnicas relevantes en el tratamiento de la ansiedad por la salud: (a) psicoeducación, donde se aportará información nueva y relevante sobre la problemática, ayudando a que a la persona comprenda el problema; (b) reestructuración cognitiva, con el objetivo de identificar y modificar las creencias erróneas y comprender la evidencia de que no existe afección médica; (c) entrenamiento en relajación, con el fin de aminorar la ansiedad; y (d) exposición con prevención de respuesta, sobre todo, exposición en vivo (respecto a estímulos reales condicionados aversivamente y que son evitados), exposición interoceptiva (en relación a sensaciones corporales y de activación fisiológica, condicionadas a miedo y/o malestar) y exposición en imaginación (para enfrentarse a imágenes o pensamientos temidos). Así pues, la aplicación de dichas técnicas conlleva a la mejoría y reducción de la ansiedad por la salud (Abramowitz y Braddock, 2006; Hedman-Lagerlöf y Axelsson, 2019; Taylor et al., 2005). En la TCC, la alianza terapéutica se considera también un elemento clave en el manejo de esta problemática, puesto que, generalmente las personas con ansiedad por la salud sienten incompreensión por parte del resto (Abramowitz y Braddock, 2006; Taylor et al., 2005).

En la actualidad, es pertinente tener en cuenta cómo las nuevas tecnologías están presentes en la cotidianidad (Sánchez y Benítez, 2022). Estudios como el aportado por Hedman-Lagerlöf y Axelsson (2019) indican que es posible realizar un tratamiento propio de la TCC desde internet. En este caso, se tratará de una intervención en línea donde se aborda la ansiedad por la salud desde los mismos componentes y las técnicas propias de la TCC (Andersson y Carlbring, 2017; Axelsson et al., 2020; Hedman-Lagerlöf y Axelsson, 2019). Se ha demostrado que esta modalidad es eficaz en el tratamiento de la ansiedad por la salud, aunque no se encontraron diferencias significativas de mejora entre la aplicación de forma presencial o en remoto, sí se identifican diferencias en la alianza terapéutica, siendo ésta mayor en el tratamiento presencial (Axelsson et al., 2020).

Sin cuestionar la utilidad de disponer de un protocolo para el tratamiento de la ansiedad por la salud, es de mayor importancia aplicar las técnicas pertinentes para cada caso (Abramowitz y Braddock, 2006; Kaholokula et al., 2013). Mediante el Análisis Funcional (AF), entendido como “la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, relevantes y controlables, aplicables a ciertas conductas de un individuo” (Haynes y O'Brien, 1990, p. 651), se guiará la evaluación y la intervención del caso, de manera que, mediante el estudio de la interacción entre el individuo y el entorno se podrán conocer las funciones de las conductas¹ e indagar en las contingencias que mantienen dichos comportamientos en la actualidad (Froxán, 2022).

Por ello, mediante el AF como metodología validada científicamente (Froxán, 2022; Kaholokula et al., 2013; Virués-Ortega y Haynes, 2005), se podrá garantizar un abordaje individualizado, partiendo de los principios de aprendizajes subyacentes a las conductas y entendiendo que el comportamiento de cada persona es único (Froxán, 2022). Además, se podrá seguir un enfoque centrado en las metas u objetivos de la terapia, el cual tendrá un planteamiento

¹ El término *conducta* hace referencia a las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas que están en constante interacción con el contexto de cada persona (Pastor y Sevilla, 1990).

“eliminador”, con el fin de modificar las conductas problema que interfieren en el correcto funcionamiento de la persona (Kaholokula et al., 2013).

Así pues, el caso clínico expuesto en este trabajo aplica como metodología el AF, el cual ha sido utilizado para guiar la intervención. Por ello, las técnicas empleadas están fundamentadas en el AF del caso y muestran validez científica.

1.4. Justificación del tema

Finalmente, cabe destacar la importancia de exponer un caso clínico relacionado con problemas de ansiedad debido a la prevalencia comentada y a las consecuencias asociadas a dicha problemática, que no solo se relacionan con dificultades personales para cada caso, sino que pueden afectar a nivel social y al sistema de salud. Además, mediante este trabajo se muestra cómo el abordaje únicamente desde el ámbito de la psicología clínica, en este caso, puede modificar las conductas y aumentar la calidad de vida de las personas que muestren ansiedad por la salud. Partiendo del AF, se establecen los objetivos a perseguir para la resolución del caso, de manera que sirva también como guía para todo el tratamiento.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos aquí expuestos sobre la identificación del paciente se han visto modificados con el fin de proteger su anonimato, respetando el código deontológico profesional, siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos. Por ello, durante todo el trabajo se hará referencia al paciente como "H".

H es un hombre de 24 años, recién graduado en psicología, cursando actualmente estudios de postgrado a distancia. Durante el grado vivió en Cádiz, compartiendo piso. Es natural de Toledo, donde convive actualmente con sus padres y hermanos; se declara independiente a nivel económico. Destaca buen clima familiar.

El motivo por el que acude a consulta es que, desde hace unos meses, refiere sintomatología ansiosa, relacionada sobre todo con activación fisiológica, que se reduce a opresión en el pecho. Dicha activación suele ir acompañada de pensamientos catastróficos en forma de imágenes, de las cuales el contenido está relacionado con personas sufriendo un ataque al corazón. Los pensamientos suelen iniciarse cuando presenta activación fisiológica o, cuando por lo contrario, la estimulación externa es baja. H informa de que, al notar activación fisiológica, focaliza su atención en las sensaciones y realiza comprobaciones a modo de chequeo del estado de salud, sobre todo, tocándose el pecho, midiendo el pulso y frecuencia cardíaca. Posteriormente, emite conductas de comprobación en relación a búsqueda de sintomatología en internet y búsqueda de información tranquilizadora por fuentes externas (sobre todo, por parte de familiares o amigos cercanos). Respecto al origen de sus preocupaciones, H dice no saber identificar el momento exacto, ya que declara que siempre ha tenido miedo a la muerte y a padecer algún tipo de enfermedad. No obstante, señala como más reciente el hecho de que, al finalizar un importante trabajo de la universidad, notó como las preocupaciones por la salud eran mayores. Cercano a aquel momento,

comenta que vio cómo en un partido de fútbol un jugador sufrió un infarto, lo que hizo que sus preocupaciones fuesen en aumento tras aquel episodio. Identifica cualquier sensación como posible causa orgánica de problemas de corazón. Ha acudido al médico en dos ocasiones para comprobar que no sufre ningún problema cardíaco; los resultados de las pruebas han confirmado tener buena salud. Acude a consulta por voluntad propia.

En relación al ámbito social, H se define como una persona sociable, destacando una red amplia de amigos y varias fuentes más cercanas de apoyo, haciendo mención especial a su ex pareja y actual amiga, nombrada en este caso como "S". En relación al ocio, menciona gran cantidad de aficiones, entre ellas: tocar la guitarra, ver películas y series, leer, estudiar, salir con amigos, hacer deporte (baloncesto, pádel, fútbol, etc.). Señala que no disfruta de sus aficiones de la manera en la que antes lo hacía y que muchas de ellas ya no las realiza, puesto que considera que entrañan cierto peligro para su salud, sobre todo, las relacionadas con el deporte.

Presenta dos experiencias previas de intervenciones psicológicas, una de ellas por otro motivo, y la última asociada con esta problemática. Comenta que no culminó dichas intervenciones porque no abordaron su caso desde el AF y porque no recibía tareas para casa, por lo que no notaba progreso. Como técnicas previas aprendidas señala la respiración diafragmática, que dice serle útil en algunas circunstancias.

3. Estrategias de Evaluación

La fase de evaluación, entendida como las sesiones iniciales antes de la devolución de la explicación de la problemática mediante el AF, ocupó un total de dos sesiones, con una duración de 60 minutos cada una. Para poder recopilar la información del caso y evaluar la problemática, las herramientas empleadas fueron: entrevista clínica abierta, observación directa, historia biográfica ([anexo A](#)) y autorregistros de situaciones de malestar ([anexo B](#)). Esta estrategia de evaluación se acompañó de la recomendación de tener una *cita médica*, necesaria para descartar posibles patologías físicas. Cabe resaltar que, durante toda la intervención, se evalúa de manera continuada con el objetivo de valorar el correcto progreso de la terapia. Dicha información se expone de manera más amplia en la [tabla 1](#).

Tabla 1

Estrategias de Evaluación

Métodos	Objetivos y/o Función
Entrevista clínica	Instrumento utilizado para recopilar datos clínicos, que tiene el objetivo de dar respuesta de forma verbal a las interrogantes del problema del consultante. En este caso, la entrevista clínica abierta es más flexible y puede adaptarse a las necesidades del paciente durante la propia sesión. Además, el paciente proporciona información sobre patrones conductuales que no acontecen en la propia sesión (Díaz-Bravo et al., 2013).
Observación directa	Este método de evaluación servirá para apreciar y recabar información clínicamente relevante durante las propias sesiones. A través de la interacción terapeuta-paciente se podrán elicitare reactivos emocionales y conductuales que permitirán conocer si ciertos aspectos generan malestar en el paciente. Además, se podrá atender a la información no verbal.
Historia biográfica	Documento donde el paciente redacta información relevante sobre su historia, la cual ayuda a delimitar el problema y a explorar otras áreas de su vida en mayor profundidad, con el fin de conocer si hay afectación en las mismas. Este documento fue enviado mediante correo electrónico tras la primera sesión.

Tabla 1 (continuación)

Estrategias de Evaluación

Métodos	Objetivos y/o Función
Autorregistro de malestar	Registro, realizado en papel y boli, donde el propio paciente recopila información cuando aparece la conducta problema o cuando un evento le genera malestar. En este caso, debía detallar: hora, día, situación, qué piensa, qué siente, qué hace después y el grado de malestar (cuantificado del 0 al 10, donde 0 es ausencia de malestar y 10 es gran malestar). Se recogerá información pertinente en relación a los antecedentes y consecuentes inmediatos de la conducta problema, así como de la morfología del problema y los parámetros de la conducta (intensidad, frecuencia y duración). Tras la primera sesión, se envió el registro mediante correo electrónico, acompañado de la instrucción de rellenarlo al aparecer dicho malestar o justo después; se vuelve a pedir como tarea para casa tras la segunda sesión.
Cita médica	Para descartar afección cardíaca y continuar de forma segura la terapia, se sugirió al paciente realizar una prueba de esfuerzo máximo, ya que trasladó la necesidad de finalizar su examen médico con dicha prueba (puesto que anteriormente se había realizado electrocardiogramas y analíticas). La cita médica también servirá como prueba de realidad ante la falta de evidencia de enfermedad física. La pauta de pedir la cita médica se realizó en la cuarta sesión.

Nota. Elaboración propia.

Cabe destacar que se pautó completar autorregistros tanto en la fase de evaluación como en la propia intervención. Los distintos autorregistros revelarán el cumplimiento de pautas en relación a las técnicas y mostrarán, al mismo tiempo, la comprensión de las mismas. Además, los autorregistros expuestos en los anexos (B, C, D y E) revelarán el avance y la continuidad fuera de las sesiones del paciente como agente activo del cambio.

Por último, en el anexo E se incluye el consentimiento expreso, necesario para iniciar el proceso terapéutico con el acuerdo del paciente a las condiciones de la terapia.

4. Formulación clínica del caso

A continuación, se detalla la información obtenida tras aplicar las herramientas de evaluación anteriormente explicadas y se procede a presentar el caso desde el AF.

4.1. Variables Disposicionales

Las variables disposicionales (VVDD) son aquellas que modulan y/o interfieren en el comportamiento de la persona y que, sin ser estímulo ni respuesta, actúan sobre las cadenas funcionales² (Zanón et al., 2016). En este caso, las variables disposicionales se dividen en personales y contextuales. Las VVDD personales son: (a) ser aficionado al deporte o deportista, puesto que probabiliza estar en contacto con las situaciones deportivas temidas y con las respuestas fisiológicas que generan malestar; (b) presentar un carácter reflexivo, relacionado con baja tolerancia a la incertidumbre, que puede aumentar la rumia, y también tener inquietudes existenciales; (c) ser precavido, que puede facilitar la aparición de conductas de comprobación por cuidarse en temas de salud; (d) reglas verbales: “si estoy atento a los síntomas físicos podré resolver el problema a tiempo” y “una persona sana puede morir de un ataque al corazón”, que predisponen a H a mantenerse atento a los síntomas y a buscar soluciones fallidas, por el cumplimiento de estas reglas. Por otro lado, las VVDD contextuales, son: (a) tener deportistas como modelos, que hará que sean referencia para H; (b) estar en contacto frecuente con eventos deportivos donde puede producirse fallecimiento de un deportista haciendo ejercicio, lo que facilitará la probabilidad de estar en contacto con el estímulo temido; (c) tener a su madre como ejemplo de conductas previsoras, que a través del aprendizaje por modelado, ha facilitado que H sea cauteloso ante cuestiones de enfermedad; (d) el apoyo social, que en este caso puede facilitar la atención concedida a sus sintomatología; (e)

² Entendiendo como *cadena funcional* las secuencias de Condicionamiento Clásico (CC) compuestas por dos términos: Estímulo Incondicionado - Respuesta Incondicionada y/o Estímulo Condicionado - Respuesta Condicionada; y las secuencias de Condicionamiento Operante (CO) de tres términos: Estímulo Discriminativo (Ed) - Respuesta Operante (ROp) - Consecuente (C) (Zanón et al., 2016).

conflictos de pareja e inestabilidad en la relación, que pueden influir en el estado anímico del paciente; (f) tener un seguro médico privado, el cual facilita el acceso a las citas médicas.

4.2. Hipótesis de Origen

En este caso, H no reconoce el momento exacto en que se inició la problemática, aunque señala que, en torno a los 15 años vivió una “crisis existencial” donde se preocupó por el sentido de la vida y por la muerte. Comenta que, a raíz de aquella etapa, las preocupaciones por la muerte han aparecido de forma gradual, destacando como culmen de sintomatología³ la época tras la entrega de su trabajo final de grado.

Las preocupaciones asociadas a la muerte (EC⁴/EI⁵) generaban en el paciente miedo (RC⁶/RI⁷), que sumado al carácter reflexivo (VD⁸), pueden verse favorecidos los pensamientos rumiativos sobre la muerte y/o la existencia. Por otro lado, la muerte repentina por parada cardíaca de un jugador de fútbol (EC²), junto a la exposición repetida de hechos similares, lleva de nuevo a la respuesta de miedo (RC²); en este caso, las variables disposicionales que interfieren en este condicionamiento son: ser deportista, tener deportistas como modelos y estar en contacto frecuente con eventos deportivos, ya que facilitan que H esté en mayor contacto con el estímulo temido y con las posibles muertes que puedan ocurrir durante los partidos. Tras este episodio, este condicionamiento queda reducido a que la sintomatología física relacionada con la de un ataque cardíaco (EC³) se asocia a miedo y malestar (RC³); en este caso, equipara las sensaciones orgánicas

³ En este caso, la sintomatología física hace referencia a las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, tales como: palpitaciones, aceleración del pulso y/o opresión en el pecho. Esta sintomatología aparece en la zona del pecho/corazón.

⁴ EC = Estímulo Condicionado.

⁵ EI = Estímulo Incondicionado.

⁶ RC = Respuesta Condicionada.

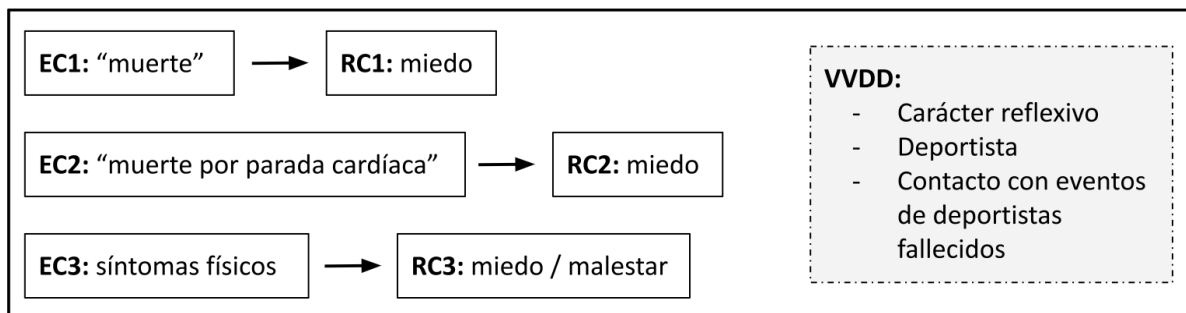
⁷ RI = Respuesta Incondicionada.

⁸ VD = Variable Disposicional.

con afecciones cardíacas (identificado como zona afectada el pecho y la parte del corazón), que H asocia con un ataque cardíaco. Las cadenas funcionales quedan recogidas en la figura 2.

Figura 2

Hipótesis de Origen: Cadenas Funcionales de Condicionamiento Clásico



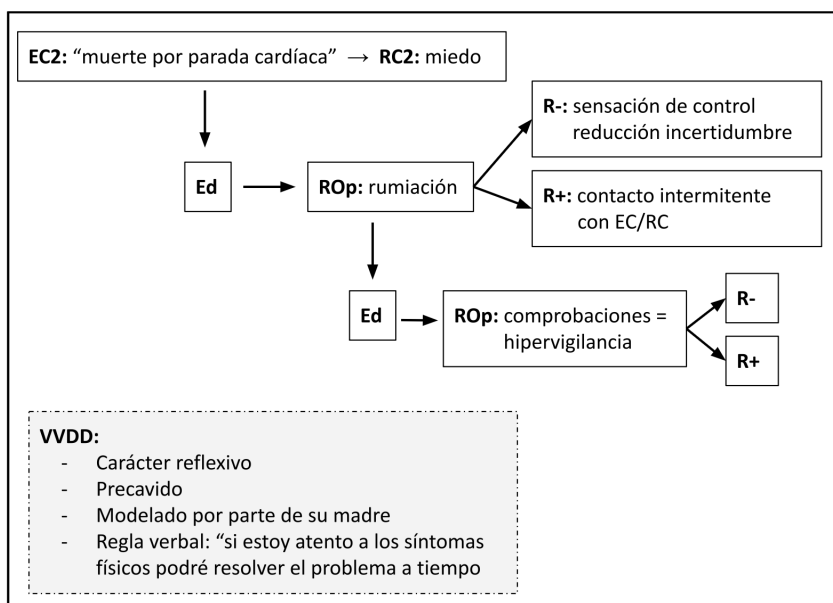
Nota. VVDD= variables disposicionales, EC= estímulo condicionado, EI= estímulo incondicionado, RC= respuesta condicionada, RI= respuesta incondicionada. Las palabras entrecomilladas hacen referencia a los pensamientos del paciente en relación a dicha palabra o frase.

Las cadenas funcionales de condicionamiento clásico (CC) actúan también como Estímulos Discriminativos (Ed). En este caso, el miedo o malestar ante los síntomas físicos distinguen la conducta operante (ROp) de rumiar, manifestada mediante pensamientos como: “qué serán estas sensaciones”, “tengo que controlar mis sensaciones para no morir de forma inesperada”, “si muero perderé todo lo que he construido en este tiempo”; esta conducta se ve mantenida por provocar una falsa sensación de control del problema y de reducción de la incertidumbre (R-), ya que siente que al dedicar tiempo a pensar en ello, está ocupándose; también se ve mantenida por un reforzamiento intermitente al entrar en contacto con el EC/RC, de manera que sirve como “prueba de realidad” al paciente, ya que se confirman sus hipótesis sobre estar sufriendo problemas cardíacos (R+). Así pues, la respuesta operante de rumiar desencadena (Ed) respuestas de comprobación, manifestadas sobre todo, como hipervigilancia (ROp), que se mantienen por sensación de control (R-) y reforzamiento intermitente al entrar en contacto con el EC/RC (R+). Las VVDD que están influyendo en este caso, son: presentar un carácter reflexivo, ser precavido, tener la regla verbal de “si estoy atento a los

síntomas físicos podré resolver el problema a tiempo”, y tener como modelo a su madre en relación a la preocupación por la salud. De esta manera, la repetición de esta cadena en el tiempo propicia la problemática. Se expone en forma de cadena funcional en la figura 3.

Figura 3

Hipótesis de Origen: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Rumia



Nota. VVDD= variables disposicionales, EC= estímulo condicionado, Ed= estímulo discriminativo, ROp= respuesta operante, RC= respuesta condicionada, R+= reforzamiento positivo, R-= reforzamiento negativo. Las palabras entrecomilladas hacen referencia a los pensamientos del paciente en relación a dicha palabra o frase.

4.3. Hipótesis de Mantenimiento

Durante la evaluación y mediante el análisis de la conducta del paciente se ha podido observar qué comportamientos son problemáticos y porqué se siguen manteniendo hasta el momento. En base al CC establecido de manera previa, H emite conductas que responden ante determinados estímulos. Generalmente, dichos estímulos se relacionan con sensaciones físicas u orgánicas, que se han asociado a problemas cardíacos.

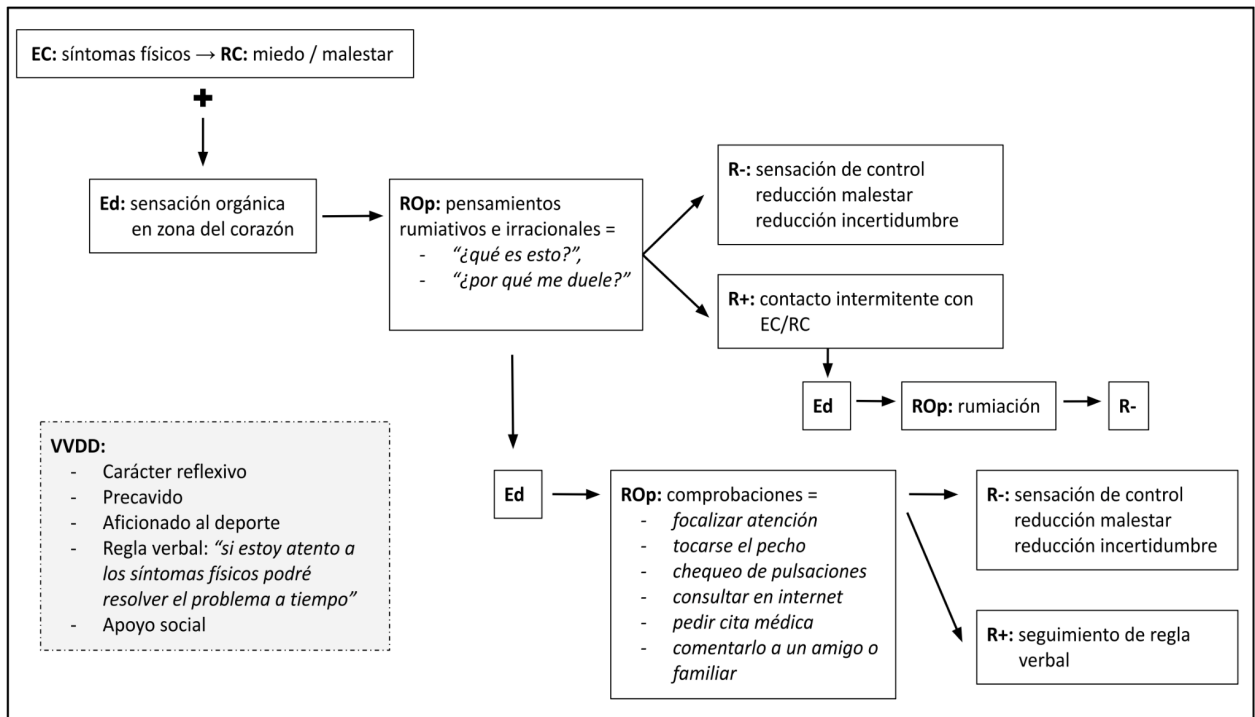
Ejemplo de ello es que, ante las sensaciones orgánicas en la zona del corazón (Ed), H anticipa o interpreta estas sensaciones, que se expresan mediante pensamientos como: “¿qué es esto?”, “¿por qué me duele?” (ROp), mantenidas por falsa sensación de control, reducción del malestar y de la incertidumbre (R-); además, mediante reforzamiento intermitente, se pone en contacto con el EC/RC, sirviendo como “prueba de realidad” que confirma su hipótesis de afección cardíaca (R+). Al volverse a poner en contacto con el estímulo y la respuesta condicionada (EC/RC), cumpliendo así función de estímulo discriminativo (Ed), aparecen de nuevo los pensamientos rumiativos (ROp), que generan falsa sensación de control y reducción del malestar y de la incertidumbre (R-).

Por otro lado, se identifica que estos pensamientos irracionales o rumiativos, cumplen también función de estímulo discriminativo (Ed), elicitando en H conductas de comprobación en relación a su estado de salud (ROp), que se manifiestan mediante: focalización de la atención en el estado físico, tocarse el pecho, chequeo del estado de salud midiendo las pulsaciones, consulta de síntomas físicos en internet, pedir o pensar en pedir una cita médica y/o comentarle su estado o preocupaciones a un amigo o familiar. Estas comprobaciones se mantienen por generar: sensación de control y reducción del malestar e incertidumbre (R-); también se mantienen por el seguimiento de la regla verbal: “si estoy atento a los síntomas podré resolver el problema a tiempo” (R+); simultáneamente, las comprobaciones continúan por reforzamiento intermitente, ya que puede entrar en contacto con el EC/RC, de manera que sirve como “prueba de realidad” para confirmar problemas cardíacos.

Las VVDD que influyen en estas cadenas son: tener un carácter reflexivo, que propicia la rumiación; ser precavido, junto con las reglas verbales sobre síntomas físicos, que facilitan las comprobaciones de salud; ser aficionado al deporte, que probabiliza estar en contacto con el EC/RC; y tener apoyo social, que en este caso, favorece que el paciente comunique sus síntomas y estos se vean reforzados. Dichas cadenas funcionales se muestran en la [figura 4](#).

Figura 4

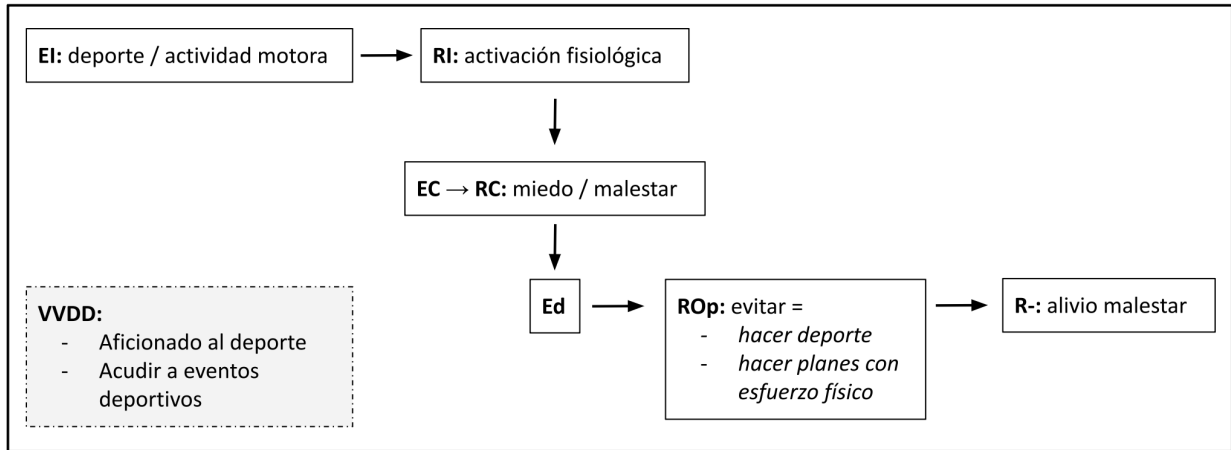
Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Rumia y Comprobación



La siguiente cadena funcional se inicia al aparecer un estímulo incondicionado, como sería el deporte o cualquier actividad motora que requiere de esfuerzo físico (EI), lo cual genera activación fisiológica (RI); tras la repetición de esta cadena, la activación fisiológica se ha condicionado (EC), produciendo en H una respuesta de miedo y/o malestar (RC). Por consiguiente, esta cadena de CC cumple función de estímulo discriminativo (Ed), que genera una respuesta de evitación, en relación al ámbito deportivo o hacia planes que requieran esfuerzo físico (ROp). Esta conducta se mantiene por provocar un alivio del malestar momentáneo, puesto que el paciente evita estar en contacto con el estímulo temido, que sería en este caso la activación fisiológica (EC) y la respuesta de miedo asociada (RC). Las VVDD que influyen en este caso, son: ser aficionado al deporte y tener gusto por el mismo, lo que propiciará mayores situaciones de activación fisiológica. Se expone de manera gráfica en la [figura 5](#).

Figura 5

Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Evitación



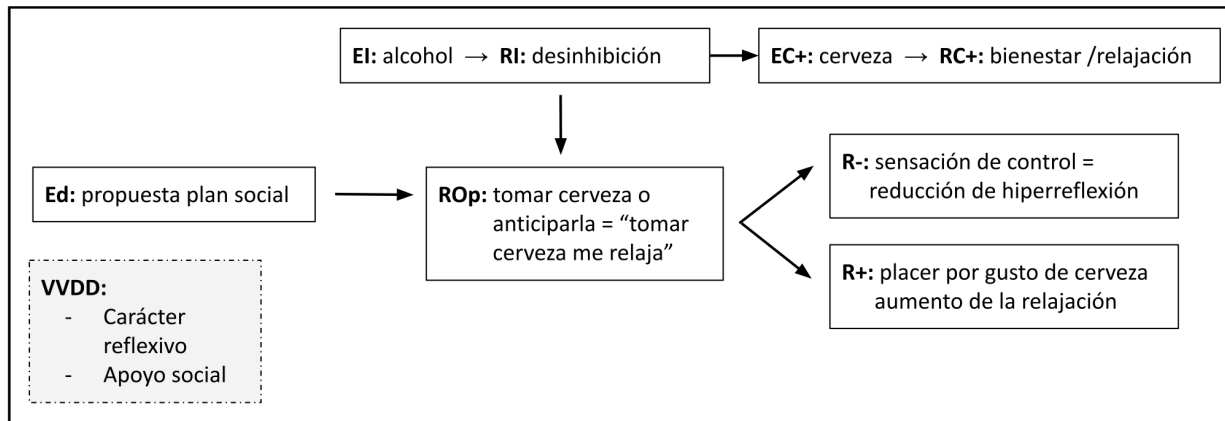
En la figura 6 se expone como, ante una propuesta de un plan social (Ed), H anticipa en forma de pensamientos y/o verbalizaciones el tomar unas cervezas con sus amigos (ROp), que en este caso favorece que acuda a dichos planes, puesto que la cerveza, como estímulo apetitivo (EC⁹), ha sido condicionada a sensaciones de relajación y/o bienestar (RC⁺¹⁰) que favorecen que acuda a planes por menor probabilidad de que se dé la sintomatología. Así, esta respuesta conductual se mantiene por generar falsa sensación de control, ya que es utilizada como conducta de seguridad (R-); asimismo, se mantiene también por tener el gusto o placer de beber cerveza y por propiciar un aumento de la relajación (R+). Las VVDD son: el carácter reflexivo, que influye en la anticipación de pensamientos y el apoyo social, que propicia estos encuentros sociales.

⁹ EC+ = estímulo condicionado apetitivamente.

¹⁰ RC+ = respuesta condicionada apetitivamente.

Figura 6

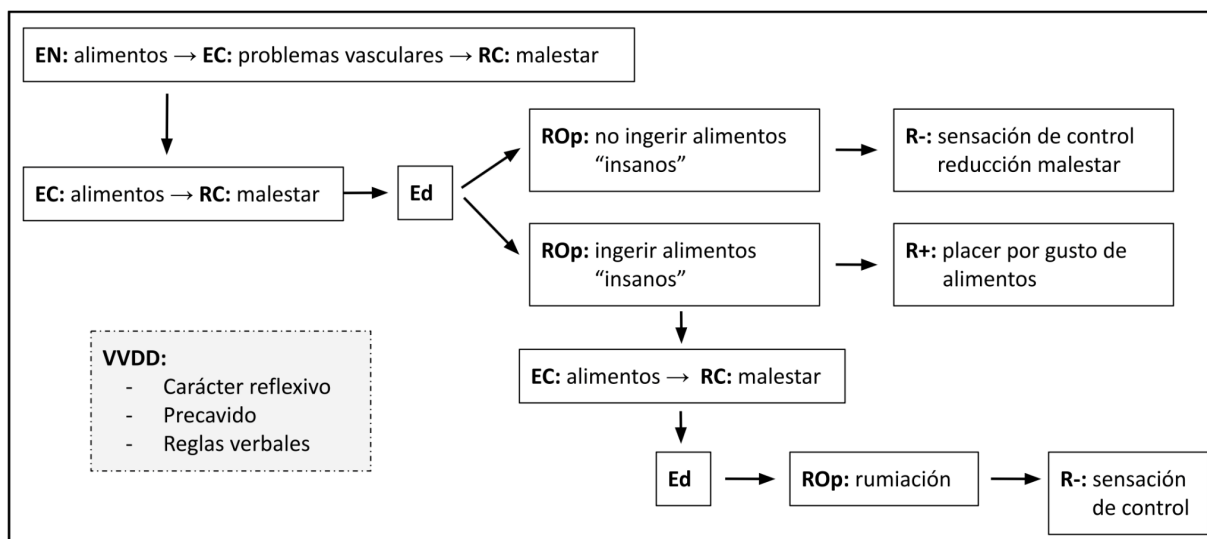
Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Tomar Cerveza



Finalmente, una de las secuencias que aparecen en relación a las preocupaciones por la salud es que, ha habido una asociación de alimentos considerados “insanos” por el paciente (EN) con problemas vasculares (EC), que provoca malestar (RC) al considerar que afectan a su salud; de esta forma, los alimentos que se consideran “insanos” (EC) generan dicho malestar (RC). Por tanto, esta secuencia de CC servirá como estímulo discriminativo (Ed) ante la conducta de no ingerir este tipo de alimentos (ROp), que se ve mantenida por falsa sensación de control y reducción del malestar (R-). Por otro lado, la cadena de alimentos (EC) y malestar (RC) es también el discriminativo (Ed) de sí ingerir estos alimentos “insanos” (ROp), pero que en este caso se mantiene por elicitación de placer al consumir estos alimentos (R+); no obstante, esta respuesta lo vuelve a poner en contacto con el estímulo temido (EC), generando de nuevo malestar tras la ingesta (RC). Esta cadena de CC tiene función de estímulo discriminativo (Ed) de la conducta de rumiar sobre la ingesta (ROp), que se mantiene por falsa sensación de control (R-). Las variables disposicionales que influyen en esta secuencia, son: ser precavido y delimitar el consumo de este tipo de alimentos, por temor a sufrir problemas de salud; tener un carácter reflexivo, que facilita la rumia; y también las reglas verbales en relación a la salud y la muerte inminente por problemas cardiacos. Esta secuencia funcional se muestra en la [figura 7](#).

Figura 7

Hipótesis de Mantenimiento: Cadenas Funcionales de la Respuesta de Consumo de Alimentos



Por último, cabe destacar que, ante situaciones de alta estimulación externa aumenta la distracción hacia otras tareas, lo que reduce al mismo tiempo la atención hacia la sintomatología.

4.3.1. Consecuencias a Corto, Medio y Largo Plazo

Tras el análisis de la conducta, se hipotetiza que las consecuencias a corto, medio y largo plazo podrían ser las siguientes si no se resolviese la problemática del paciente: (a) hipervigilancia de síntomas, sumado a preocupaciones constantes en relación a la propia salud; (b) aumento de la sensibilización en relación a las respuestas orgánicas; (c) aumento del nivel de activación basal; (d) reducción de fuentes de reforzamiento, al reducir las actividades agradables como consecuencia de la evitación por ponerse en contacto con el estímulo temido; (e) disminución de la tolerancia a la incertidumbre, generalmente, en relación a su estado de salud; y (f) aumento de la dependencia hacia fuentes externas para la búsqueda de información tranquilizadora sobre su estado de salud.

4.4. Objetivos del Tratamiento y Técnicas de Intervención

Los objetivos y técnicas asociadas a los mismos se establecen a partir del análisis funcional, por lo que estarán totalmente adaptados a las características y necesidades del caso. No obstante, el desarrollo de los objetivos se establece de manera conjunta con H, para responder así a su demanda. Se exponen de manera más concreta en la [tabla 2](#).

Tabla 2

Objetivos y Técnicas de Intervención

Objetivos	Técnicas
Disminuir comprobaciones (tales como focalizar la atención y/o autoobservación, tocarse el pecho, medirse el pulso, consultar en internet, compartir preocupaciones con amigos, ir al médico)	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la función de las comprobaciones y la atención a sensaciones físicas en el mantenimiento del problema - Exposición gradual con prevención de respuesta - Respiración diafragmática - Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento
Disminuir rumiaciones (por ejemplo, las reflexiones sobre el sentido de la vida o pensamientos irracionales sobre interpretación de sensaciones físicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la función de los pensamientos irracionales y rumiativos - Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento - Respiración diafragmática
Disfrutar y aumentar frecuencia de planes sociales y actividades gratificantes	<ul style="list-style-type: none"> - Activación conductual - Exposición con prevención de respuesta - Respiración diafragmática - Parada de pensamiento
Retomar y disfrutar del deporte y actividades que requieran esfuerzo físico	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento - Activación conductual - Pruebas de evidencia
Reducir la ansiedad y el nivel basal de activación fisiológica	Objetivo transversal conseguido con todas las técnicas expuestas

5. Tratamiento

El proceso terapéutico se llevó a cabo por una psicóloga con experiencia profesional en terapia de conducta, desde el centro privado de Implica Psicología. En este caso, la duración de la intervención ha sido de 21 sesiones y todas se han realizado de manera online, teniendo una duración de sesenta minutos cada una. Las sesiones se han llevado a cabo una vez por semana. En este caso, las dos primeras sesiones se dedicaron propiamente a la evaluación. La tercera sesión se empleó para la devolución del AF de la problemática. A partir de la cuarta sesión inclusive, se inició el tratamiento, el cual tuvo una duración total de dieciocho sesiones. Cabe señalar que, el caso de H sigue abierto por una problemática distinta a la aquí expuesta, por tanto, el seguimiento se hace durante la continuación de la terapia, dando el alta definitiva al problema psicológico de ansiedad por la salud en la sesión 28.

Durante el proceso de terapia ha sido de gran importancia crear una buena alianza terapéutica. Para ello, la psicóloga ha mostrado habilidades terapéuticas como: escucha activa, empatía, comprensión y validación emocional. Además, en este caso el paciente era estudiante de psicología, así que en base a sus intereses, las explicaciones dadas fueron más técnicas, siendo H partícipe como agente activo de todo el proceso, mostrando gran interés en resolver cualquier cuestión, por lo que se reservó espacio y se le dio acogida para ello.

Como ha sido expuesto, el interés del paciente en el ámbito de la psicología y su propio proceso terapéutico ha facilitado la explicación de conceptos, metodologías y técnicas aplicadas. En primer lugar, se explicaron las partes del proceso terapéutico (evaluación, tratamiento y seguimiento), y también se expuso la necesidad de participación activa. Asimismo, se le explicó de manera previa qué es el análisis funcional de la conducta y los términos que aparecen en el mismo, explicitando los principios de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante) y los aprendizajes preasociativos, con el objetivo de facilitar la comprensión.

Cuando se introducían nuevas técnicas y/o tareas entre sesiones, se explicaba en qué consistían y los objetivos a lograr con las mismas, estableciendo así pautas claras para su aplicación. Así, se propiciaba la motivación por parte de H, ya que se justificaba la implementación de dichas técnicas en base a los objetivos terapéuticos planteados, anticipando los beneficios de la realización de las mismas. Este aumento de la adherencia al tratamiento produjo un mayor cumplimiento de las tareas pautadas. Además, para facilitar el recuerdo de lo acontecido durante la sesión, al final se realizaba un resumen de la misma, donde se volvía a recordar las pautas hasta la próxima sesión. Por otro lado, al inicio de las sesiones se preguntaba por las tareas (dificultades, observaciones y/o dudas) y se reforzaba que hubiese completado las mismas; en el caso contrario, se castigaba que no hubiera realizado las tareas evidenciando los perjuicios de no haber completado las pautas acordadas, y al mismo tiempo, se evaluaba si la no ejecución podría ser una forma de evitación. Finalmente, en cada sesión se seguía evaluando el avance y la adaptación del paciente a la terapia, con el fin de ajustarla a las necesidades de H.

Con el objetivo de clarificar lo acontecido durante toda la intervención, se muestra el cronograma con el contenido de cada sesión de forma resumida en el anexo G, incluyendo en el mismo: número de sesión, objetivos, técnicas empleadas y tareas pautadas entre las sesiones.

5.1. Descripción de las Técnicas

Para desarrollar el contenido mostrado en el cronograma de la intervención (anexo G), se procede a explicar de forma detallada las técnicas empleadas durante las sesiones, justificando el uso de las mismas y los objetivos planteados.

En primer lugar, la Psicoeducación (PE) fue una técnica clave durante toda la intervención. El objetivo de esta técnica ha sido explicar cuestiones del proceso terapéutico y proporcionar información sobre su problemática. Cabe señalar la importancia de esta técnica para la comprensión de la activación fisiológica y la explicación de la curva de la ansiedad, que ha sido primordial para el entendimiento de cuestiones venideras. Se ha realizado durante las propias sesiones o como tareas entre sesiones, en forma de lecturas, como el artículo de *“Fisiología y Psicología del Miedo y Ansiedad”* (Craske y Barlow, 1993), pautado en la primera sesión, o el libro de David Pulido de *“¿Nos estamos volviendo locos?”*, que fue recomendado tras la cuarta sesión.

Después de la PE, se introdujo la Respiración Diafragmática (RD) necesaria en este caso por la alta activación que presentaba H desde el inicio de la terapia, motivo por el cual se pautó desde la primera sesión. Tras dar una explicación sobre cómo y porqué esta técnica modifica la fisiología, se explicó el procedimiento a seguir para realizarla de manera correcta (García-Grau, Fusté y Bados, 2008). Para completar la explicación, la terapeuta hizo de modelo y, seguidamente, H repitió la técnica para que la terapeuta pudiese ver si la realizaba correctamente. Se pautaron, al menos, 5 minutos diarios de entrenamiento en situaciones que fuesen de baja activación. Una vez había sido entrenada, se incrementó la dificultad de la misma, introduciendo la técnica con movimientos automáticos (como ordenar la habitación). Al ser practicada de esta forma, se incorporó en situaciones ansiógenas con activación fisiológica. Se pidió que completase un registro al realizar la técnica ([anexo C](#)). Fue necesario este procedimiento para que pudiese aprenderla de manera correcta y así, lograrse reducir la ansiedad en momentos de alta activación. Tras haberse incorporado en el repertorio conductual, la RD se utiliza como técnica complementaria a otras, como en la reestructuración cognitiva o antes de realizar exposiciones, para partir de una activación fisiológica menor antes de exponerse y así reducir la probabilidad de las respuestas de escape.

La siguiente técnica, clave en este caso, ha sido la Reestructuración Cognitiva (RC), que tiene como fin la identificación de pensamientos irracionales o desadaptativos, para posteriormente, generar una alternativa a los mismos más ajustada y racional, y reducir el malestar asociado a estos pensamientos (Bados y García, 2010). Como se ha expuesto con el AF, los pensamientos irracionales y rumiativos destacan en H, siendo necesario realizar ajustes de pensamientos. En la tercera sesión, tras haber explicado el AF y con la previa identificación de rumiación, se comienza explicando los tipos de pensamientos y las distorsiones cognitivas, para posteriormente, exponer cómo identificarlos y cómo ajustarlos; para el debate de pensamientos irracionales se explican los tres filtros: (a) evidencia de que sea cierto; (b) magnitud de las consecuencias; y (c) utilidad del pensamiento en sí. Se pauta como tarea entre sesiones, teniendo que completar un autorregistro para ello ([anexo E](#)). Ante pensamientos irracionales que entrañan dificultad o que aparecen durante las sesiones, la terapeuta también trabajará este debate desde la misma.

Al mismo tiempo, acompañando la RC, durante las propias sesiones se aplicaba Moldeamiento Verbal (MV), de manera que la terapeuta reforzaba aquellas verbalizaciones que se acercaban a las conductas deseables y se generaban nuevas verbalizaciones más acordes o ajustadas, como por ejemplo: “todo se está suavizando”, “sé que los resultados serán buenos”, “lo malo sería que mi corazón no latiera”, “hay menos sintomatología ahora”, “he notado cambios en solo dos meses de terapia”, etc. Por tanto, mediante la RC y el MV se consiguió generar alternativas adaptativas a estos pensamientos iniciales.

Tras revisar cómo el paciente ejecuta la RC, se identifica recreación en los pensamientos irracionales durante la técnica, por lo que se decide delimitar el tiempo de reestructuración, para no aumentar el malestar y la rumia. Para ello, se establece un máximo de 10-15 minutos diarios de RC, cada día a diferente hora, denominado durante sesión como “tiempo basura”. Se pauta también

introducir parada de pensamiento cuando estos aparezcan fuera del tiempo destinado a reestructurarse. Además, se propone la grabación de la RC, para que cuando aparezcan estas ideas, el paciente pueda volver a escucharse, pero sin volver a reestructurarse; inmediatamente incorporará la parada de pensamiento, para frenar la rumia.

Por consiguiente, la Parada de Pensamiento (PP) es otra de las técnicas empleadas. El objetivo es que, tras haberse reestructurado o en situaciones donde le sea imposible hacerlo, incorpore esta técnica para provocar un cambio atencional y que, mediante la distracción por conductas incompatibles, se dejen de lado los pensamientos que generan malestar. En este caso, se encontró dificultad para localizar un distractor potencial que ayudase a la parada. Se propusieron alternativas por parte de la terapeuta, como: restar hacia atrás, hacer palabras encadenadas, escuchar música y cantarla, etc. Al mismo tiempo, se tuvo que hacer uso de la RC por ideas que intervenían en la aplicación de la técnica. No obstante, H se mostró colaborativo y finalmente, se encontraron distractores potentes que ayudaron a incorporar la técnica con éxito.

Con el fin de reducir la evitación y conseguir los objetivos planteados, ha sido necesario llevar a cabo la Exposición gradual con Prevención de Respuesta (EPR). Para la implementación de esta técnica se explicó la necesidad de exponerse ante situaciones temidas debido a las conductas de evitación o escape que se identificaron en el AF. Se tuvo que realizar una jerarquía de situaciones temidas ([anexo H](#)) en la sesión 4, para realizar exposición gradual a las mismas. De esta forma, comenzará exponiéndose por aquellas situaciones que generan menor malestar (cuantificado del 0 al 10). Simultáneamente, para reducir conductas de evitación y/o escape, esta técnica se acompaña de RD, RC y PP. La planificación de esta técnica se ha establecido de manera semanal, aumentando el grado de malestar y las situaciones a las que exponerse en cada sesión. Una de las instrucciones principales es que H debía mantenerse en la situación hasta que la curva de la ansiedad se redujese y los niveles fuesen bajos, por lo que no se establece un tiempo límite, aunque sí se aconseja que

realice la exposición cuando disponga de bastante tiempo, pues había que contar con la variabilidad de la curva de la ansiedad, para que no se cortase la exposición y se generase un proceso de incubación de la ansiedad, al no haberse reducido durante la práctica. Sumando a esta última técnica, se incorpora también la Activación Conductual (AC) para fomentar planes sociales y actividades agradables que H había dejado de lado como consecuencia de la evitación.

En este caso, H presentó otra problemática durante el curso de la terapia, por tanto, aunque se consideró oportuno espaciar las sesiones dedicadas a la ansiedad por la salud, no fue hasta unas sesiones posteriores cuando se pudo hacer. Así pues, en la sesión 18, H realizó una revaloración de la jerarquía de situaciones temidas, apreciando una mejora significativa en la reducción de la ansiedad ante dichas actividades ([anexo H](#)). No obstante, y con el acuerdo del paciente, se inició el periodo de seguimiento recordando también la importancia de continuar aplicando las técnicas aprendidas. En un primer lugar, el espaciamiento fue quincenalmente (a partir de la sesión 28), hasta que el avance permitió el espaciamiento de un mes entre sesiones (a partir de la sesión 30). Mismamente, la terapeuta consideró que H era capaz de mantener las pautas y los cambios aprendidos durante la terapia, debido a la reducción de los síntomas y la consecución de los objetivos, lo cual se expondrá en el apartado siguiente.

6. Valoración del tratamiento

Durante el progreso de la intervención terapéutica se han ido efectuando valoraciones sobre la eficacia del tratamiento. Para ello, se realizaron evaluaciones frecuentes sobre interferencias o dificultades en la realización de las tareas, para poder reajustar las pautas cuando fuese necesario y así propiciar una aplicación sistemática de las mismas.

Durante la intervención, no se hizo uso de cuestionarios, por lo que como principales medidas pre y post tratamiento se valoró la información recogida en los autorregistros, el cambio en las verbalizaciones del paciente durante la consulta y, además, para obtener puntuaciones sólidas, se empleó la cuantificación de los objetivos terapéuticos. Para comprobar la consecución de dichos objetivos, en la sesión 20 se estimó junto con H el nivel asociado a cada uno, cuantificando del 0 (nada conseguido) al 10 (totalmente conseguido). Dicha valoración se vuelve a realizar en la sesión 28, donde se estima pertinente dar el alta en relación a esta problemática, por las mejoras mantenidas en el tiempo. Se muestran los resultados en la [tabla 3](#).

Tabla 3

Valoración de Objetivos Terapéuticos tras la Intervención

Objetivos	Valoración sesión 20	Valoración sesión 28
Disminuir comprobaciones	9	9
Disminuir rumiaciones	6-7	9
Disfrutar y aumentar frecuencia de planes sociales y actividades gratificantes	8,5	8,5
Retomar y disfrutar del deporte y actividades de esfuerzo físico	9	10
Reducir la ansiedad y el nivel de activación fisiológica	7,5	10

Como se puede apreciar, H puntuó los objetivos de manera que dos de ellos estaban prácticamente conseguidos en su totalidad, seguido del resto que también recibieron puntuaciones de logro altas. La última valoración, realizada en la sesión 28, muestra cómo durante el seguimiento se mantienen e incrementan las puntuaciones sobre la consecución de objetivos. De esta forma, se observa cómo, según el criterio del paciente, sumado a las valoraciones continuadas de la terapeuta durante la intervención, la problemática se resolvió en mayor medida.

Respecto a las comprobaciones se produjeron algunos inconvenientes, ya que durante el progreso de la terapia se observaron fluctuaciones, donde en base a variables del contexto como eventos relacionados con el estímulo temido (muertes accidentales), H desplegaba una serie de comprobaciones, que solían ser: tocarse el pecho, chequeo del estado de salud o búsqueda de síntomas en internet. No obstante, se pudo apreciar cómo, a medida que se incorporaban las técnicas en su repertorio conductual, se disminuía la comprobación. También se vio facilitada por la identificación por parte de H de antecedentes a las comprobaciones, que ayudaba a reducirlas.

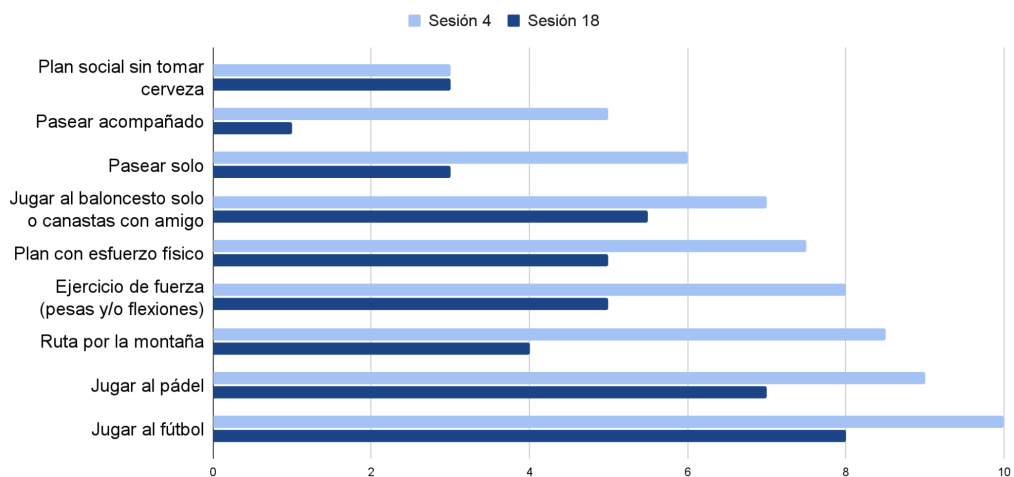
Por otro lado, la disminución de la rumia se propició gracias a la RC y al MV. En este caso, H siguió correctamente las pautas en relación a la RC. Es cierto que, debido a la VD de carácter reflexivo, se evaluó mediante lo recogido en los autorregistros ([anexo E](#)) que en algunas ocasiones, al realizar la reestructuración de pensamientos, se fusionaba con el discurso irracional, lo que supuso una dificultad en el transcurso de la terapia; como solución, para reducir este enganche en los pensamientos, se estableció el “tiempo basura”, comentado anteriormente, el cual facilitó que se concediese un tiempo específico y necesario para la RC, pero sin alargar la rumia. Sumado a esto, también fue crucial el uso de la PP, ya que, una vez que H había ajustado los pensamientos y estos se quedaban sin utilidad, se incorporaba esta técnica para cortar el discurso. Cabe señalar la importancia de encontrar un distractor potente, tarea que entrañó dificultad, pero que de nuevo, con el compromiso del paciente y las evaluaciones de la terapeuta, se pudo realizar el ajuste necesario.

Así, se aprecia un discurso más adaptativo, manifestado durante las propias sesiones y en los autorregistros comentados anteriormente.

De forma periódica se valoraban las dificultades o los progresos sobre el afrontamiento de situaciones temidas; en este caso, se realizaban estimaciones numéricas de cada situación de la jerarquía de exposición. Estas estimaciones iniciales pertenecen al malestar que causaban antes de iniciar las exposiciones (establecidas en la sesión 4). Tras haber realizado 13 sesiones de terapia, se vuelve a cuantificar el miedo asociado a cada estímulo (en la sesión 18), donde se comprueba cómo existe reducción del malestar según los criterios del propio paciente. Así pues, la exposición ayudó a incrementar los planes sociales y también a aumentar la realización de actividades deportivas y el disfrute de las mismas. Los progresos en relación a la reducción del malestar se muestran en la [figura 8](#).

Figura 8

Diferencias en la Jerarquía de Exposición entre el Malestar Inicial y tras la Intervención en EPR



Nota. Jerarquía de exposición, donde se compara la valoración de la sesión 4, frente a la valoración en la sesión 18. Se cuantifica el malestar asociado a cada actividad del 0 (nada de malestar) al 10 (máximo nivel de malestar).

En relación a la reducción de la ansiedad, H fue un paciente que inició la terapia con grandes niveles de activación fisiológica, por ello fue pertinente introducir desde primera hora la RD. Esta técnica ayudó durante todo el proceso a reducir la activación basal y que, una vez implementada, se pudiesen realizar el resto de técnicas. Así pues, el conjunto de todas las técnicas empleadas, pero señalando el papel de la exposición, permitieron que H se enfrentase a situaciones de malestar. Este afrontamiento favorable sirvió como prueba de realidad ante la ausencia de ataque cardíaco, tras haberse mantenido hasta reducir la ansiedad, como parte del proceso de habituación de la activación fisiológica.

Además, para conocer aspectos subjetivos en relación al logro de los objetivos terapéuticos y sobre el propio proceso de la terapia, se pide al paciente que realice una redacción donde valore los cambios, mejoras o aprendizajes extraídos de la intervención, como valoración cualitativa del tratamiento. La redacción se solicita en la sesión 20. En dicho escrito, H expresa cómo el uso de la RD ha ayudado a reducir sus niveles de ansiedad; además, expone que la RC ha facilitado “combatir sus pensamientos irracionales”, generando alternativas racionales y “ocupándose de sus preocupaciones”. También señala que “esquiva evitar situaciones de malestar”, exponiendo cómo consigue disfrutar de situaciones que antes generaban un malestar intenso. Asimismo, como consecuencia derivada de la intervención terapéutica, comenta que aprecia mejora en sus relaciones interpersonales.

Desde el inicio de la intervención se ha priorizado el papel de la alianza terapéutica, siendo clave la claridad respecto a los procedimientos. H señala primordial haber conocido con total transparencia la planificación de la terapia, los objetivos planteados y los motivos por los que se implementaban las técnicas. De esta forma, propiciando este clima de confianza, el paciente mostró gran adherencia al tratamiento y al cumplimiento de las pautas, el cual fue sistemático sesión tras sesión. Aun así, respecto a la ejecución de las pautas, también se evaluó en cada sesión el

desempeño de las mismas; como se ha comentado, H las completaba en mayor medida, aunque también se valoró si, en algunos casos donde no se habían realizado satisfactoriamente, era debido a la evitación. Finalmente, se pudo comprobar, fruto también de la confianza terapeuta-paciente, que el no cumplimiento solo era debido a imprevistos cotidianos. Por otro lado, y de gran relevancia para el alta y seguimiento del caso, H expone cómo consigue extrapolar las técnicas aprendidas a otras situaciones que le generan malestar, mostrando así que dichos aprendizajes se han incorporado en su repertorio conductual.

7. Discusión y conclusiones

La presentación realizada en este trabajo sobre un caso de ansiedad por la salud muestra resultados reveladores. Al comienzo de la terapia, H expresó su conformidad con la corriente de la terapeuta, mostrando al mismo tiempo gran disposición, la cual ha marcado el ritmo durante todo el proceso terapéutico. Seguidamente, el transcurso fue progresivo y, debido a la calidad de la información aportada por H, como por el compromiso mostrado al completar las tareas entre sesiones, se agilizó el proceso. Tras esto, y volviendo a destacar el interés del paciente en conocer su problemática, la devolución del AF y explicación del origen y mantenimiento se llevó a cabo de manera fluida, pero asegurando en todo momento que H comprendiese la terminología y los motivos por los que se seguía manteniendo el malestar. Consecutivamente, se inició la fase de intervención propiamente dicha; en esta etapa, los cambios se producían de manera progresiva, aunque se contemplaban variaciones y podían aparecer de nuevo pensamientos rumiativos o conductas de comprobación y evitación, que mediante la información recopilada en los autorregistros, como en las evaluaciones continuas realizadas por la terapeuta, se efectuaba un reajuste para dirigir el curso de la terapia hacia la consecución de objetivos y que dichas fluctuaciones no interfiriesen en el proceso terapéutico.

En primer lugar, el cambio más notorio fue la disminución considerable de las comprobaciones, que gracias a la previa psicoeducación durante las sesiones, el paciente pudo identificarlas y reducirlas o frenarlas. En segundo lugar, a medida que se avanzaba en terapia, H manifestaba poder disfrutar del deporte y, además, haber incrementado su ocio y actividades placenteras; destacando como, en la actualidad, todas las actividades de ocio giran en torno al deporte. De esta forma, también se redujeron los pensamientos irracionales y se generó un aprendizaje para identificarlos y ajustarlos, lo cual ayudó a la resolución de la problemática.

Asimismo, es destacable la importancia de realizar una correcta programación de la intervención y el orden de aplicación de las técnicas, ya que de esta forma se facilita la consecución de objetivos (Abramowitz y Braddock, 2006; Kaholokula et al., 2013). En este punto, es de gran relevancia la importancia del papel activo del paciente, ya que cumplía su cometido respecto a las pautas marcadas durante las sesiones. Los ritmos para el avance de la aplicación de pautas fue monitorizado por la terapeuta, contemplando las posibilidades del paciente y su predisposición.

Respecto a las contribuciones de la literatura científica, es relevante tener en cuenta el tratamiento de elección para la ansiedad por la salud. No obstante, pese a que la TCC resulta ser la intervención que mejores resultados aporta, es conveniente señalar como punto de partida el seguimiento de la metodología del AF (Abramowitz y Braddock, 2006; Axelsson y Hedman-Lagerlöf, 2019; Bailer et al., 2015; Kaholokula et al., 2013; Taylor et al., 2005; Tyrer et al., 2019). De esta forma, y como ha sido llevado a cabo en el caso de este trabajo, el abordaje desde el AF ha permitido tener en cuenta las variables diferenciadoras del propio paciente, aunque estas conductas problema se puedan encuadrar dentro de la categoría de ansiedad por la salud (Froxán, 2022). Así pues, conociendo las bases teóricas y los resultados en torno a las buenas prácticas de intervención, se ajustaron las técnicas en base a las necesidades del caso, respondiendo a la función de cada conducta que mantenía la problemática (Abramowitz y Braddock, 2006; Hedman-Lagerlöf y Axelsson, 2019; Taylor et al., 2005).

En base a los resultados expuestos, se aprecia cómo la aplicabilidad de técnicas propias de la TCC, que son implementadas siguiendo los criterios marcados por la idiosincrasia del AF, sumado a los objetivos planteados para el caso, generan cambios y reducen el malestar de manera significativa. Esta afirmación se puede realizar al comprobar cómo, por parte del paciente, se manifiestan mejoras durante todo el proceso terapéutico. Asimismo, las evaluaciones de la terapeuta sobre las conductas problema también muestran reducción del malestar. Para confirmar esta información, la

cuantificación del malestar durante las exposiciones, contrastando los datos previos a la intervención y los posteriores a la misma, revelan cómo el empleo de la EPR es primordial para el afrontamiento de situaciones temidas y consecuente reducción del malestar (Abramowitz y Braddock, 2006; Hedman-Lagerlöf y Axelsson, 2019; Taylor et al., 2005). Por otro lado, es destacable la consecución de objetivos terapéuticos como marcador final para afirmar la mejora del paciente y resolución de la problemática, lo cual en este caso se consigue de forma óptima y gratificante según los criterios del paciente (Kaholokula et al., 2013).

Durante el transcurso de este trabajo se ha podido apreciar la importancia dada a la formación y experiencia por parte de la terapeuta. En este caso, se hace referencia a la necesidad de presentar formación específica en el AF y en TCC, para lograr una intervención eficaz en el tratamiento de la ansiedad por la salud. Por lo contrario, la intervención desde otros enfoques podría afectar o incrementar la sintomatología y las variables que mantienen el problema (Abramowitz y Braddock, 2006; Fernández y Fernández, 2001; Froxán, 2022).

Respecto al seguimiento de la metodología del AF, es primordial realizar una buena formulación del caso, puesto que, en contraposición, cometer errores en el planteamiento de la problemática podría entrañar equivocaciones en las hipótesis de origen y mantenimiento del problema, en el desarrollo de objetivos terapéuticos y en el consecuente tratamiento (Kaholokula et al., 2013). Por tanto, es esencial que, como sí ha sido en este caso, la persona que realice el AF de la problemática tenga experiencia en ello y que, simultáneamente, efectúe revisiones continuas sobre la formulación inicial, ya que al ser una metodología dinámica, es posible ir modificando e incorporando novedades para que la aproximación al caso sea la correcta (Froxán, 2022).

Como también se ha apreciado en este caso, H en un inicio manifestó haber vivenciado experiencias negativas en relación a intervenciones psicológicas previas, donde se trataba esta misma problemática pero sin recibir el enfoque adecuado y sin presentar un abordaje que, como ha

sido demostrado, es el correcto para actuar frente a la ansiedad por la salud. Así, como prueba de evidencia sobre lo comentado con anterioridad, no seguir las buenas prácticas ni los datos que aportan los estudios científicos sobre la eficiencia de la TCC sobre el resto de intervenciones, podría ser contraproducente (Abramowitz y Braddock, 2006; Botella y Martínez, 2008; Martínez y Belloch, 2004; Olatunji et al., 2014; Taylor et al., 2005).

Es importante volver a destacar el papel de la alianza terapéutica en casos de ansiedad por la salud, ya que es clave para el correcto desarrollo de la intervención (Abramowitz y Braddock, 2006; Taylor et al., 2005). En este caso, y teniendo en cuenta las experiencias previas insatisfactorias sobre la terapia psicológica, ha sido relevante afianzar la alianza terapéutica, no sólo con las correspondientes habilidades terapéuticas, sino satisfaciendo las necesidades de H respecto a intereses sobre su proceso terapéutico.

No obstante, también se han contemplado ciertas limitaciones. Respecto a las características del caso, fue limitante en un inicio la realización de la terapia online, que a pesar de que los estudios aseguran no encontrar diferencias en la aplicación respecto al formato online o presencial (Axelsson et al., 2020), H comentó en un primer momento que no era el formato deseado por su parte; aun así, posteriormente no interfirió en el transcurso de la misma, ya que el paciente pudo comprobar cómo la intervención se llevaba a cabo correctamente. Al mismo tiempo, como variable del contexto limitante, la cual ha sido descrita por autores como clave en el mantenimiento de la ansiedad por la salud, se encuentra el fácil acceso a los medios para la comprobación de sintomatología, sobre todo, la búsqueda en internet (Starcevic y Berle, 2013; Vismara et al., 2020).

Asimismo, durante el curso de la terapia, H realizó gran cantidad de planes y/o viajes, que en cierto momento pudieron interferir para la implementación de técnicas, sobre todo, las relacionadas con exposición y/o reestructuración, puesto que no disponía del tiempo necesario para el correcto desarrollo de las mismas; aun así, y gracias a continuas evaluaciones, se pudieron reorganizar las

pautas para que H cumpliera con las mismas, sin interferir en otras tareas de ocio y/o responsabilidades, y sin que afectase también a la adherencia del paciente al tratamiento.

Por otro lado, otra de las limitaciones que se han encontrado al realizar este trabajo ha sido la dificultad para valorar el tratamiento llevado a cabo, puesto que las medidas pre y post tratamiento no habían sido evaluadas mediante cuestionarios validados empíricamente. Por ello, para aportar pruebas de mejora y cambio, la valoración se tuvo que apoyar en estimaciones realizadas por H respecto a su reducción del malestar. Dicha estimación fue considerada significativa para establecer las sesiones de seguimiento y la posterior alta.

Para futuros trabajos, es necesario tener en cuenta las bases teóricas sobre la problemática planteada, con el objetivo de poder contemplar las manifestaciones relacionadas con la ansiedad por la salud y que, de esta forma, se puedan extrapolar a las características del caso (Asmundson y Fergus, 2019; Tyrer y Salkovskis y Rimes, 1997; Tyrer, 2019). Asimismo, se parte de la necesidad de realizar la intervención desde la TCC, puesto que los resultados avalan la eficacia de este tipo de terapia (Hedman-Lagerlöf y Axelsson, 2019). No obstante, aunque puede ser un trabajo arduo encontrar a un profesional especializado en AF, es relevante que se aborde el caso siguiendo esta metodología para que la intervención pueda ser individualizada (Froxán, 2022).

Respecto a la adherencia al tratamiento, aunque en este caso se realizaban evaluaciones continuadas para su medición, se recomienda para futuros trabajos realizar un análisis exhaustivo, explorando la comprensión de la problemática y evaluando de forma periódica el cumplimiento de las pautas (Nieto y Pelayo, 2009).

Una de las conclusiones que se puede extraer de este caso clínico es que, una vez realizada una correcta evaluación del caso, seguido de un AF que abarque la problemática en sus distintas formas y funciones, se regirá cómo realizar la planificación de la intervención. Así pues, aplicar las técnicas pertinentes, sumado a la correcta implementación por parte del paciente, auguran

resultados reveladores y cambios que propician la mejora, como ha ocurrido en este caso. Sumado a esto, se añade que H era estudiante de psicología, lo cual aumentó el interés por conocer en profundidad su problemática; así, esta variable también propició que la devolución del AF se realizase de forma más técnica, hecho que no siempre se puede llevar a cabo en otros casos, pero que en H fue positivo para comprender qué mantenía sus conductas problema.

De igual manera, es importante que los aprendizajes durante el progreso de la terapia se puedan mantener a medio y largo plazo, de forma que se pueda asegurar haber dotado al paciente de herramientas para hacer frente a la problemática si volviese a aparecer, tanto en forma de caída como de recaída (Abramowitz y Braddock, 2006; Botella y Martínez, 2008; Martínez y Belloch, 2004). Tras establecerse el periodo de seguimiento y plantear la opción de alta, también se hace referencia al paciente la posibilidad de solicitar ayuda psicológica si así lo valorase en un futuro. De esta forma, se concluye que la problemática de la ansiedad por la salud ha sido resuelta y H estaba satisfecho con los resultados logrados.

Al mismo tiempo, se puede extrapolar de este caso clínico que, como ha mostrado la literatura científica, el abordaje desde el AF y la aplicación de técnicas de corte cognitivo-conductual, son eficaces y se pueden ajustar a las necesidades de casos de ansiedad por la salud. Ejemplo de ello fue que, a pesar de aplicar las técnicas propias de la TCC, se consideró oportuno romper con los esquemas preestablecidos aportados por guías de intervención (Botella y Martínez, 2008) y por ello, respondiendo a las necesidades del paciente y a la funcionalidad de las conductas evaluadas, se tuvo que pautar en la primera sesión el uso de la RD, como ha sido justificado con anterioridad.

Este trabajo también muestra cómo la intervención únicamente desde el ámbito de la psicología clínica genera cambios y resuelve la problemática, sin necesidad de emplear tratamiento farmacológico para reducir los síntomas (Fernández y Fernández, 2001; Taylor et al., 2005). Del mismo modo, este trabajo podría servir como ejemplo para comprobar cómo la correcta adaptación

al caso, según la idiosincrasia del mismo, puede augurar resultados de mejora respecto a la problemática de la ansiedad por la salud.

8. Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S. y Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 503-519.
doi:10.1016/j.psc.2006.02.008
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª Ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Andersson, G. y Carlbring, P. (2017). Internet-assisted cognitive behavioral therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 689–700. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.004>
- Asmundson, G. J. y Fergus, T. A. (2019). Chapter One - The concept of health anxiety. En Hedman-Lagerlöf, E. (Ed.). *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment* (pp. 1-18). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00001-9>
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M. y Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety: a randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 915-924.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0940
- Axelsson, E. y Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(6), 663-676.
<https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182>
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/2445/12302>

- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. y Rist, F. (2015). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 33(1), 28–34.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)72018-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)72018-0)
- Barsky, A. J., Geringer, E., y Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10(5), 322-327.
- Botella, C. y Martínez, M. P. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría. En Caballo, V. E. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2), (pp. 355- 406). Siglo Veintiuno de España.
- Craske, M. G. y Barlow, O. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En Barlow O. H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (Vol 2), (pp. 25-28), Nueva York: Guilford.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Fernández, C. y Fernández, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, 13(3), 407-418. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713306>
- Froxán, M. X. (2022). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- García-Grau, E., Fusté, A., y Bados, A (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941>
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)

- Hedman-Lagerlöf, E. y Axelsson, E. (2019). Chapter Eight - Using the Internet to Provide Treatment for Health Anxiety. En Hedman-Lagerlöf, E. (Ed.). *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment* (pp. 143-154). Academic Press.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*, 117-127.
[https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70013-6)
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Trudel G., Laflamme, S. Z., Lavigne A. A. y Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos One, 15*(7), 1-48.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Martínez, M. P. y Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(2), 299-311.
- Martínez, M. P., Botella, C. y Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿Un trastorno tratable?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*(2), 155-166.
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, 85*, 61-75.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. y Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy, 58*, 65-74.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>

- Pastor, C. y Sevilla, J. (1990). Análisis funcional de la conducta. Un modelo práctico de intervención. *INFORMACIÓ PSICOLOGICA*, (42), 33-38. Recuperado a partir de <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1305>
- Salkovskis, P. M. y Rimes, K. A. (1997). El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud ("Hipocondría"). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), 111-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3837>
- Sánchez, J. I. y Benítez, E. I. (2022). Revisión sobre la "salud mental y nuevas tecnologías": Análisis de las redes sociales y los videojuegos en las primeras etapas de desarrollo como factores modulares de una salud mental positiva. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 79-88.
- Starcevic, V. y Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Rev Neurother*, 13, 205-213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. y Coons, M. J. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 285-304.
- Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D. y Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*, 65, 1-4. <https://doi.org/10.1177/0020764019866231>
- Tyrer, P., y Tyrer, H. (2019). Chapter Three - Etiology and epidemiology of health anxiety. En Hedman-Lagerlöf, E. (Ed.). *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment* (pp. 35-42). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00003-2>
- Virués-Ortega, J. y Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.

Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G. y Fineberg, N. A.

(2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 1-13.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>

Warwick, H. M. C, y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28,

105-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)

Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno-Agostino, D., Aranda, E., Morales, C., García, M. y

Márquez-González, M. (2016). *Guía para la elaboración de un análisis funcional del*

comportamiento humano. Centro de Psicología Aplicada-Universidad Autónoma de Madrid.

<https://pavlov.psyciencia.com/pdf/Protocolo%20ana%CC%81lisis%20funcional.pdf>

9. Anexos

Anexo A: Historia Biográfica



HISTORIA BIOGRÁFICA

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____



REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

° Alcohol: Pasado _____ Actual _____

° Tabaco: Pasado _____ Actual _____

° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____

° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

Anexo B: Autorregistro de Malestar



REGISTRO DE SITUACIONES DE MALESTAR

DÍA	HORA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO DESPUÉS	GRADO DE MALESTAR (0-10)

Anexo D: Autorregistro de Exposición

DÍA	HORA	SITUACIÓN A EXPONERME	GRADO DE ANSIEDAD INICIAL (0-10)	GRADO DE ANSIEDAD MÁXIMA DURANTE EXPOSICIÓN (0-10)	GRADO DE ANSIEDAD FINAL (0-10)	TIEMPO DE EXPOSICIÓN	OBSERVACIONES O DIFICULTADES DURANTE LA EXPOSICIÓN	GRADO DE SATISFACCIÓN TRAS LA EXPOSICIÓN (0-10) + CÓMO ME SIENTO Y/O QUÉ PIENSO TRAS HABERME EXPUESTO

Anexo E: Autorregistro del Debate de Reestructuración Cognitiva

REGISTRO DEBATE



DÍA/ HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO IRRACIONAL	TIPO DE PENSAMIENTO (ETIQUETA)	NIVEL DE MALESTAR INICIAL	PENSAMIENTO RACIONAL	NIVEL DE MALESTAR FINAL

Anexo F: Consentimiento Expreso



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Expediente: _____

Madrid ____/____/____

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

IMPLICA PSICOLOGIA SL, con CIF _____ y domicilio social en _____, para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

Nombre: _____ Apellidos _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ CP _____

Nº de teléfono: _____ Email: _____

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por IMPLICA PSICOLOGIA SL para los siguientes fines:
 - **Prestación del servicio (1)**
 - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
 - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte pape/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos.
 - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
 - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
 - **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
 - **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (3):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
 - **Elaboración de estadísticas (4)**
- La licitud del tratamiento se basa en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de IMPLICA PSICOLOGIA SL, (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.
- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 1 año. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.



- IMPLICA PSICOLOGIA SL, garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es IMPLICA PSICOLOGIA SL,
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a IMPLICA PSICOLOGIA SL, mediante correo electrónico dirigido a **También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.**
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos.

Leída la información anterior, Dº/D _____, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a IMPLICA PSICOLOGIA SL, cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de sus datos personales conforme a los términos anteriormente expresados para

Prestación de servicios (1)
 Grabación anónima (3)

Comunicaciones comerciales (2)
 Elaboración de estadísticas (4)

Firma:



CONDICIONES DE TERAPIA:

Para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 50 minutos las sesiones individuales y 70 minutos las sesiones de pareja**. Por ello se ruega puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.
- En caso de **dificultad para asistir a una sesión confirmada** por causa justificada, deberá **avisarlo con al menos 24 horas** de antelación llamando al centro o escribiendo al correo electrónico. Se buscará una fecha con el terapeuta para recuperarla. La sesión se podrá recuperar en los próximos 30 días naturales.
En ausencia de aviso la sesión no será recuperable.

- **Existen dos formas de pago:**

- o Pago mensual
- o Sesiones aisladas

El pago mensual incluye 4 sesiones al mes. En el caso de querer tener más sesiones ese mes, se puede abonar por separado, a un precio reducido.

- El **pago se realizará del 1 al 5 del mes corriente en el que se realice la terapia**. Se podrá pagar en efectivo o por domiciliación bancaria. Se pasarán los recibos mensuales a la cuenta facilitada por el pagador. Un mes de retraso en el pago supone la paralización temporal de la terapia hasta su regularización.
Las sesiones aisladas se abonarán al finalizar la sesión en recepción en caso de abonarse en efectivo, o por adelantado en caso de realizarse por banco.

¿Cómo ha conocido el centro?

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros: _____

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,
(Firma)

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:	
Identificador del acreedor:	
Nombre del acreedor:	IMPLICA PSICOLOGIA SL
Dirección:	
País:	España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

La devolución de un recibo conlleva el pago por parte del cliente de los gastos de gestión (10€). Por ello, es preferible avisar al Centro y pedir cancelar la orden de domiciliación, en vez de devolver el recibo.

La cancelación de la orden de domiciliación bancaria se puede hacer escribiendo al Centro con al menos 5 días de antelación antes de comenzar el siguiente mes.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del cliente:					
Dirección del cliente:					
Código postal:		Población:		Provincia:	
DNI/NIF:					
Número de cuenta IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)					
Tipo de pago	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente	o	<input type="checkbox"/> Pago único		
Fecha:					
Firma del deudor:					

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

Anexo G: Cronograma de las Sesiones de Evaluación y Tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
1	<p>Conocer el motivo de consulta y al paciente</p> <p>Explicar el proceso de la terapia y el marco teórico</p> <p>Iniciar la alianza terapéutica</p>	<p>Entrevista clínica</p> <p>Observación directa</p> <p>Psicoeducación (PE) sobre la terapia psicológica y curva de la ansiedad</p> <p>Explicación de Respiración Diafragmática (RD): qué es, la función que cumple y cómo llevarla a cabo</p>	<p>Historia Biográfica (HB)</p> <p>Autorregistro (AR) de malestar</p> <p>Entrenamiento de RD: 5 min. al día, en situaciones tranquilas y sin distracciones; AR de respiración</p> <p>Leer artículo sobre fisiología de la ansiedad</p>
2	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas (AR de malestar y AR de respiración) y dificultades o dudas</p> <p>Continuar evaluación del problema para completar el AF</p> <p>Evaluar ejecución de RD y resolver dudas o dificultades</p>	<p>Entrevista clínica</p> <p>Observación directa</p> <p>PE de pensamientos irracionales, función de las comprobaciones, activación del sistema parasimpático y simpático, atención sobre activación fisiológica (“sintomatología”) y sobre mareos</p> <p>Modelado y observación de RD durante la sesión</p>	<p>Recordar enviar la HB</p> <p>AR de malestar</p> <p>Entrenamiento de RD: 5 min. al día, en situaciones tranquilas e incorporando movimientos automatizados; AR de respiración</p>
3	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas</p> <p>Explicación de la problemática mediante devolución de AF, asegurando la comprensión</p> <p>Establecer objetivos terapéuticos</p> <p>Introducir técnicas: explicar Reestructuración Cognitiva (RC)</p>	<p>Refuerzo o castigo sobre las tareas</p> <p>PE sobre AF (principios de aprendizaje) y sobre la curva de la ansiedad</p> <p>Explicación de cadenas funcionales de AF</p> <p>Introducir técnica de RC: qué es, funcionalidad, qué son los pensamientos irracionales e identificar y cuestionar los pensamientos (los tres filtros)</p>	<p>Leer documento resumen sobre la RC y los pensamientos irracionales</p> <p>RC y AR de reestructuración (durante toda la semana)</p> <p>Entrenamiento en RD (2 a 3 min) en situaciones tranquilas, en movimientos automatizados y tras la RC. Solo completar AR de respiración si se han dado dificultades</p> <p>Intentar no comprobar (apoyarse en RD y RC)</p>

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
4	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas</p> <p>Evaluar comprensión AF y RC</p> <p>Introducir técnica de Parada de Pensamientos (PP)</p> <p>Realizar jerarquía de situaciones temidas</p> <p>Evaluar necesidad de realizar alguna prueba médica</p> <p>Explicar Exposición gradual con Prevención de Respuesta (EPR)</p>	<p>Refuerzo o castigo sobre las tareas</p> <p>Explicación de la respuesta del organismo</p> <p>“lucha-huida” ante peligro</p> <p>Explicar PP: qué es, funcionalidad y cómo realizarla</p> <p>Anticipar beneficios de no comprobar: adelantar posibilidad de utilizar RD y RC para ayudarse</p> <p>Cuantificar y jerarquizar situaciones temidas</p> <p>Explicar EPR: qué es, funcionalidad y cómo realizarla</p>	<p>RD (igual que en la sesión anterior)</p> <p>RC y AR de reestructuración, apoyándose en RD y PP</p> <p>Implementar PP tras la RC</p> <p>Buscar distractores potentes para la PP</p> <p>Pedir cita médica: prueba de esfuerzo máximo</p> <p>EPR: dar un paseo solo, dos veces por semana, manteniéndose en el mismo hasta reducir la curva de ansiedad; acompañar de PP; completar AR de exposición</p> <p>Leer libro: <i>¿Nos estamos volviendo locos?</i>, de David Pulido</p> <p>Empleo del humor/ironía para interpretar sensaciones</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)</p>
5	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas</p> <p>Evaluar condicionamiento de sintomatología al uso del humor/ironía</p>	<p>Refuerzo o castigo sobre las tareas</p> <p>PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios</p>	<p>RD: en situaciones tranquilas, en movimiento, en situaciones ansiógenas, tras la RC, cuando identifique comprobaciones; AR si se dan dificultades</p> <p>Continuar RC, pero AR solo para situaciones difíciles o nuevas</p> <p>EPR: dar un paseo solo aumentando la velocidad de la marcha, dos veces por semana, manteniéndose en el mismo hasta reducir la curva de ansiedad; acompañar de PP; completar AR de exposición</p> <p>Aumentar práctica de PP y seguir buscando distractores potentes</p> <p>Empleo del humor/ironía para interpretar sensaciones</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)</p>

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
6	Continuar con objetivos de la sesión anterior	Mismo procedimiento que en la sesión anterior	RD en situaciones ansiógenas Continuar RC, pero AR solo para situaciones difíciles o nuevas PP (mismas pautas que en la sesión anterior) Empleo del humor/ironía para interpretar sensaciones No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas entrenadas) EPR: paseo de marcha rápida y ejercicio de fuerza en casa (pesas, flexiones, sentadillas); acompañar exposición de RC, RD y PP; mantenerse hasta reducir curva de ansiedad No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)
7	Continuar con objetivos de la sesión anterior	Mismo procedimiento que en la sesión anterior	RD en situaciones ansiógenas Continuar RC, pero AR solo para situaciones difíciles o nuevas PP (mismas pautas que en la sesión anterior) Empleo del humor/ironía para interpretar sensaciones No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas entrenadas) EPR: paseo de marcha rápida y ejercicio de fuerza en casa (pesas, flexiones, sentadillas); realizar solo y en compañía; acompañar exposición de RC, RD y PP; mantenerse hasta reducir curva de ansiedad No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)
8	Continuar con objetivos de la sesión anterior Evaluar EPR Evaluar percepción de cambios y mejoras	Mismo procedimiento que en la sesión anterior Explicitar cambios y mejoras sobre comprobaciones, exposiciones y nivel de ansiedad	Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD, RC y PP EPR: paseo de marcha rápida (1 día), ejercicio de fuerza (2 días); AR de exposición; aumentar un día más si es posible No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
9	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas</p> <p>Motivar al paciente para realizar las tareas</p>	<p>Refuerzo o castigo sobre las tareas</p> <p>PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios</p>	<p>Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD, RC y PP</p> <p>EPR: correr (1 día), ejercicio de fuerza (4 días); AR de exposición</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas) y analizar si comparte preocupaciones con el entorno (forma de comprobación)</p>
10	<p>Continuar con objetivos de la sesión anterior</p> <p>Evaluar resultados prueba de esfuerzo máximo</p> <p>Evaluar comprobaciones</p>	<p>Mismo procedimiento que en la sesión anterior</p> <p>Preguntar por resultados de la prueba médica</p>	<p>Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD, RC y PP</p> <p>EPR: baloncesto (1 día), ejercicio de fuerza (2 días), correr (1 día); AR de exposición</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)</p>
11	<p>Evaluar novedades de la semana</p> <p>Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas</p> <p>Motivar al paciente para realizar las tareas</p>	<p>Refuerzo o castigo sobre las tareas</p> <p>PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios</p>	<p>Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD, RC y PP</p> <p>EPR: baloncesto (1 día), ejercicio de fuerza (1 día), correr (2 días); AR de exposición</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)</p>
12	<p>Continuar con objetivos de la sesión anterior</p>	<p>Mismo procedimiento que en la sesión anterior</p>	<p>Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD, RC y PP</p> <p>EPR: baloncesto acompañado (1 día), ejercicio de fuerza (1 día), correr (2 días); AR de exposición</p> <p>No comprobar (apoyarse en el resto de técnicas)</p>
13	<p>Continuar con objetivos de la sesión anterior</p>	<p>Mismo procedimiento que en la sesión anterior</p>	<p>Mantener pautas de la sesión anterior sobre RD</p> <p>RC: 10-15 min al día, que no sea a la misma hora cada día</p> <p>Buscar distractores potentes para la PP</p> <p>EPR: se establece un día fijo; aumentar si es posible (estará de viaje); AR de exposición; RD antes de exposición</p> <p>No comprobar y realizar conducta incompatible con comprobación</p>

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
14	Continuar con objetivos de la sesión anterior Evaluar percepción de cambios y mejoras	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios Explicitar cambios y mejoras	RC: 15 min al día, el resto del día utilizar PP para pensamientos irracionales; grabar RC y poner ante pensamientos recurrentes, no hacer la propia RC PP después de RC EPR: elección libre; mínimo 3 veces por semana; incluir ejercicios de fuerza, correr, baloncesto, pádel; AR de exposición No hacer comprobaciones (apoyarse en el resto de técnicas)
15	Evaluar novedades de la semana Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas Motivar al paciente para realizar las tareas	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios	RC: 15 min al día, el resto del día utilizar PP para pensamientos irracionales; pensamientos recurrentes ponerse audio de RC y PP, no hacer la propia RC EPR: elección libre; mínimo 3 veces por semana; incluir ejercicios de fuerza, correr, baloncesto, pádel; exposición también a películas con sustos; AR de exposición No hacer comprobaciones (apoyarse en el resto de técnicas)
16	Continuar con objetivos de la sesión anterior Evaluar progreso en la terapia	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios Explicitar cambios y mejoras	Mantener pautas de la sesión anterior de RC y PP EPR: elección libre sobre jugar baloncesto o pádel; día fijado para correr en intervalos; antes de ejercicio de fuerza, tomar café; AR de exposición No hacer comprobaciones (apoyarse en el resto de técnicas)
17	Evaluar novedades de la semana Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas Motivar al paciente para realizar las tareas	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios	Mismas pautas que en la sesión anterior

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Tareas entre sesiones
18	Continuar con objetivos de la sesión anterior Evaluar progreso en la terapia	Mismo procedimiento que en la sesión anterior Evaluar y comparar el miedo inicial y actual de situaciones temidas (planteadas en sesión 4) Explicitar cambios y mejoras	Mantener pautas de la sesión anterior de RC y PP EPR: ejercicios en casa (por motivos personales) y si es posible, jugar a un partido de fútbol con amigos (por turno y con menor intensidad); utilizar RD antes de la exposición (reducir niveles iniciales de activación); AR de exposición
19	Evaluar novedades de la semana Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas Motivar al paciente para realizar las tareas Evaluar progreso en la terapia	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios Explicitar cambios y mejoras. Anticipar retirada de AR si se mantienen cambios	Mantener pautas de la sesión anterior de RC y PP EPR: elección libre; mínimo 3 veces por semana; incluir ejercicios de fuerza, correr, baloncesto, pádel; jugar a un partido de fútbol con amigos en el fin de semana; utilizar RD antes de la exposición (reducir niveles iniciales de activación); AR de exposición
20	Continuar con objetivos de la sesión anterior Evaluar progreso en la terapia Empezar seguimiento	Mismo procedimiento que en la sesión anterior Explicitar cambios y mejoras Valoración del paciente de consecución de objetivos terapéuticos (establecidos en sesión 3), del 0 (nada) a 10 (conseguido del todo) PE sobre importancia del seguimiento y mantenimiento de cambios	Mantener todas las pautas de la sesión anterior, quitando todos los AR (solo realizará el registro de exposición tras el partido de fútbol, y el resto si son necesarios en caso de dificultades o situaciones nuevas) Redacción de cambios, mejoras y aprendizajes extraídos de la terapia
21	Evaluar novedades de la semana Revisar ejecución de tareas y dificultades o dudas Motivar al paciente para realizar las tareas	Refuerzo o castigo sobre las tareas PE sobre funcionalidad de realizar las tareas, más anticipación de beneficios Explicitar cambios y mejoras	Mantener todas las pautas de la sesión anterior y recordar enviar la redacción de cambios, mejoras y aprendizajes

Nota. PE = Psicoeducación; HB = Historia Biográfica; AR = Autorregistro; RD = Respiración Diafragmática; AF = Análisis Funcional; RC = Reestructuración Cognitiva; PP = Parada de Pensamiento; EPR = Exposición gradual con Prevención de Respuesta

Anexo H: Jerarquía de Exposición

Actividades	Malestar Sesión 4	Malestar Sesión 18
Plan social sin tomar cerveza	3	3
Pasear acompañado	5	1
Pasear solo	6	3
Jugar al baloncesto solo o tirar canastas con algún amigo	7	5 - 6
Plan que implique activación fisiológica (por requerir algún tipo de esfuerzo físico)	7 - 9	4.5 - 5.5
Hacer ejercicio de fuerza (pesas y/o flexiones)	8	5
Hacer una ruta por la montaña	8 - 9	2 - 6
Jugar al pádel	9	7
Jugar al fútbol	10	8