



**Universidad
Europea** MADRID

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
2020/2022**

Trabajo Fin de Máster

Estudio de caso

**Intervención en un caso de ansiedad y
depresión en tiempos de COVID- 19**

Autora: Sara Pellín Pérez
Tutora: Irene Acosta
Centro: Libertia Psicología

Índice

Resumen

Marco teórico

1. Introducción	4
1.1. Conceptualización de la ansiedad y de la depresión	4
1.2. Criterios diagnósticos de la ansiedad	4
1.3. Criterios diagnósticos de la depresión	6
1.4. Ansiedad y depresión en personas mayores	8
1.5. La pandemia del Covid-19 y su efecto en la salud mental	10

Caso clínico

2. Identificación del paciente y motivo de consulta	14
2.1. Antecedentes	15
3. Evaluación	15
3.1. Instrumentos de evaluación	16
4. formulación clínica del caso	18
4.1. Análisis funcional del problema	20
4.2. Objetivos del tratamiento	26
5. Tratamiento	27
6. Valoración del tratamiento	34
7. Conclusiones valoración personal.....	38
8. Bibliografía	41
9. Anexos	45

Resumen

El trabajo que se presenta a continuación expone una intervención en un caso de un paciente varón, con sintomatología compatible con una depresión clínica, acompañada de síntomas evidentes de ansiedad. El paciente acudió a consulta tras empeorar sus síntomas durante el confinamiento y transcurso de los primeros meses de pandemia de la Covid-19, refiriendo haber sufrido un ataque de ansiedad en agosto, tras el cual los síntomas se hicieron más frecuentes e incapacitantes, además alude a un bajo estado anímico, una pérdida de interés por todo tipo de actividades, insomnio, angustia causada ante la cantidad de pensamientos negativos que relata tener, así como ante situaciones que debe afrontar y le generan ansiedad.

Para poder realizar un informe y diseñar una intervención adecuada, se realizó primeramente una entrevista con el paciente, y se le evaluó la historia clínica con un cuestionario, para después elaborar un tratamiento personalizado y adecuado a sus necesidades actuales. Todo el proceso se llevó a cabo a través de diferentes técnicas desde el modelo cognitivo - conductual, integrando algunas técnicas de relajación.

Palabras clave

Ansiedad, Covid-19, depresión, estudio de caso, salud mental, adultos mayores

Abstract

The work presented below exposes an intervention in a case of a male patient, with symptoms compatible with clinical depression, accompanied by obvious symptoms of anxiety. The patient came to the clinic after his symptoms worsened during the lockdown and during the first months of the Covid-19 pandemic, reporting having suffered an anxiety attack in August, after which, the symptoms became more frequent and disabling, he also alludes to a low mood, a loss of interest in all kinds of activities, insomnia, anguish caused by the number of negative thoughts that he reports having, as well as by situations that he must face and generate anxiety.

In order to make a report and design an adequate intervention, an interview was first carried out with the patient, and their clinical history was evaluated with a questionnaire, in order to then prepare a personalized treatment appropriate to their current needs. The entire process was carried out through different techniques from the cognitive-behavioral model, integrating some relaxation techniques.

Keywords

Anxiety, Covid-19, depression, case study, mental health, older adults

1. Introducción

1.1. Conceptualización de la ansiedad y depresión

La depresión y ansiedad son estados de salud que afectan negativamente a la sociedad que las sufre, pueden parar el funcionamiento normal de las personas, llevarlas a situaciones graves y difíciles de tratar. Ante esto, hay que tener en cuenta, las características de los estados depresivos y ansiosos. Respecto a la depresión, Mena y Ocaña (2020) afirman que “la depresión es una patología de la esfera afectiva que perturba a todas las funciones de esta, es multicausal y se caracteriza por la anhedonia (incapacidad de sentir placer), fatiga, tristeza patológica, anorexia u otros trastornos alimenticios, insomnio, sentimientos de culpa, ideación e intentos suicidas” (pág. 3).

Por su parte, Cabrera y Montorio (2009) refieren que la “ansiedad está asociada a un número significativo de consecuencias negativas, como, por ejemplo, aumento de la discapacidad, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de enfermedad coronaria en varones, así como suele suponer una utilización excesiva de servicios de salud” (pág. 106).

1.2. Criterios diagnósticos de la ansiedad

La clasificación diagnóstica de Ansiedad podemos encontrarla en el manual DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) . Es un manual que contiene descripciones, síntomas y otros criterios que nos sirven para diagnosticar trastornos mentales y además nos ofrece un lenguaje común entre los diferentes profesionales de la salud. Así es cómo se clasifica el Trastorno Ansiedad Generalizada según el Manual Diagnóstico DSM - 5 (APA, 2014):

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa

en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante)

1.3. Criterios diagnósticos de la depresión

Así como la ansiedad, los criterios diagnósticos para la depresión según el Manual diagnóstico DSM-V (APA, 2014) son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u

otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

1.4. Ansiedad y depresión en personas mayores

Se asume popularmente que la depresión en personas mayores es el fenómeno psicopatológico más común, es por este factor que la ansiedad parece estar menos investigada, sin embargo, la ansiedad entre este grupo de población es tan común como la depresión. (Cabrera, Montorio, 2009). Si nos ceñimos a este grupo, debemos tener en cuenta que la depresión y ansiedad son dos trastornos con unas características diferenciadas en cuanto a prevalencia y síntomas, es por ello que debemos adaptar el proceso diagnóstico y tratamiento a sus necesidades, (Yuste, 2004).

La relación entre cuadros depresivos y el incremento del riesgo de defunción se ha establecido firmemente, tanto en estudios que incluyen una muestra clínica como en los del ámbito comunitario. Comparado con la depresión, desafortunadamente, existe un número más limitado de investigaciones que analicen la relación entre ansiedad y mortalidad (Biancotti et al., 2001).

“La depresión en los adultos mayores se presenta con ciertas particularidades que no comparte con otros grupos etarios” (Mena y Ocaña, 2020, pag.2). Son un grupo con más factores que pueden potenciar o agravar los síntomas de la depresión y/o ansiedad, se les suma su jubilación o no estar activos laboralmente, enfermedades asociadas a su edad, menos recursos económicos, sentirse como carga para sus familiares, pérdida paulatina de sus facultades por lo cual suman muchas razones por las que estar alerta y poder evitar estos estados emocionales.

Por otro lado, la población de adultos mayores jubilados constituye un grupo especial para la sociedad. Cuando llega la etapa de jubilación, la vida de las personas cambia. Sin embargo, esto no debe ser motivo para que esta población sufra cambios negativos en el estado de ánimo, siempre y cuando se realicen actividades complementarias adaptadas a la nueva realidad. Esto significa que la pérdida del trabajo por razones de la jubilación implica el fin del “rol” laboral desarrollado a lo largo de la vida adulta, y crea la necesidad de construcción de un nuevo “rol” (Biancotti et al., 2001; Téllez, Reyes, 2004). Trabajar es una práctica humana que produce y condiciona la subjetividad de los individuos. Por lo que, al margen de realizar una determinada actividad, nos posiciona o identifica dentro de la sociedad (Hermida, Stefani, 2011).

Es importante recordar que a principios de siglo XX predominaba un modelo deficitario, que consideraba a la vejez como una etapa asociada a la enfermedad, fealdad y muerte, mientras que en la actualidad se sostiene un modelo más direccionado al desarrollo (Stefani, 2000). Actualmente, esta visión es más inclusiva, igualitaria y menos destructiva de la población de personas jubiladas, visto en muchas ocasiones como un grupo sin intereses sociales.

En este contexto, diversas investigaciones dieron cuenta que la jubilación es uno de los principales eventos vitales estresantes que puede generar cambios importantes en la salud física y mental de las personas (Behncke, 2012; Holmes & Rahe, 1967; Jafri et al., 2017). También es posible que el cambio que experimentan las personas al jubilarse, principalmente si no está acompañado de actividades complementarias o sustitutivas, los conduzcan a estados depresivos, al verse y sentirse aislados de la sociedad, y apartados de la dinámica constantemente cambiante del mundo actual, muchas veces incluso puede ser que se encuentren separados de sus familiares cercanos y

acompañados de un sinnúmero de causas desencadenantes de estados depresivos y ansiosos. Al tener en cuenta la importancia que el trabajo tiene en nuestra sociedad, se considera que la pérdida de este, a través de la jubilación, es potencialmente estresante para el individuo (Biancotti et al., 2001; Téllez, Reyes, 2004).

Es por ello que teniendo en cuenta la manera en la que afecta la jubilación o inactividad laboral a las personas, es recomendable que quienes estén en un estado de depresión o ansiedad mantengan contacto con familiares y amigos ya sea por vía telefónica, a través de las aplicaciones de mensajería, y si es posible de manera presencial, de manera que puedan comunicar sus sensaciones y sentimientos; también se recomienda organizar una rutina de actividades diarias que les permitan no sólo ocupar su tiempo sino también sentirse productivos. (Rojas-Jara, 2020).

1.5. La pandemia del Covid-19 y su efecto en la salud mental

Es interesante revisar cómo en la actualidad la pérdida del rol en la sociedad tras la jubilación, está ocurriendo y aún más, con el agravante de la nueva realidad de vida ante la sostenida pandemia por el Covid19 y el aislamiento social que hemos vivido como medida de prevención para su propagación.

Desde finales de 2019, encontrado por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019 a la Organización Mundial de la Salud el brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), y declarada como pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), esto sin duda contribuyó a generar miedo, estrés, ansiedad e incertidumbre en la población en general. Inmediatamente, la OMS estableció medidas y recomendaciones para que los países las pusieran en práctica y se frenaría así la propagación del virus, como la cuarentena y el distanciamiento social.

Lamentablemente, la incertidumbre de los primeros meses se apoderó de muchas personas por las alarmantes cifras de contagios y mortalidad que se encontraban y notificaban cada día en los medios, en cuyas estadísticas resaltaban las cifras de adultos mayores como casos de mayor riesgo. Un estudio reciente de Ríos y Palacios (2020) sugiere, mediante el uso de análisis descriptivos, que en adultos paraguayos hay alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos a raíz de la crisis sanitaria y sus medidas asociadas.

Desde el inicio de la propagación del virus, se ha identificado a la población de adultos mayores como la más vulnerable a padecer complicaciones tras contagiarse del virus. “Estos enfrentan un mayor riesgo por su inmunidad reducida y porque poseen una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas/comorbilidades, como la diabetes, el cáncer o la hipertensión” (Oliveri, 2020).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la pandemia de la COVID-19 ha tenido influencia en las necesidades y las vulnerabilidades que tienen las personas mayores con respecto a su derecho a la salud, evidenciado las tasas de mortalidad más altas en personas mayores con comorbilidades y con deterioro funcional; exponiendo la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y considerando sus necesidades únicas, entre otras.

Adicionalmente, al comienzo de la pandemia la falta de conocimiento sobre el mecanismo de funcionamiento del virus, tratamiento adecuado, medidas preventivas correctas, hizo que la incertidumbre, se convirtiera en una parte importante, aún en la actualidad con todos los estudios e investigaciones que se han realizado, se siguen presentando interrogantes sin respuesta, como los efectos a largo plazo para los pacientes contagiados. Este escenario para una persona mayor con alguna patología

adicional puede resultar desalentador y generador de miedos, ansiedades, depresión e inestabilidad en la salud mental.

Además de la incertidumbre de esta situación, la vivencia de la cuarentena como una de las medidas principales para contrarrestar la pandemia, implica aislamiento social que puede ocasionar sensación de soledad. Es preciso aclarar, que la soledad es distinta del aislamiento y se muestra como un factor de riesgo para los problemas de salud mental (Mena, Ocaña, 2020). El aumento de la soledad y la reducción de las interacciones sociales también son factores de riesgo de trastornos psicológicos como la esquizofrenia y la depresión mayor (Fiorillo, Gorwood, 2020).

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas en aquellos con trastornos mentales preexistentes (Shigemura et al., 2020). “Los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia” (Shigemura, et al., 2020). Estas condiciones pueden evolucionar en trastornos como depresión, ataques de pánico, síntomas psicóticos y suicidio (Xiang, et al., 2020), especialmente en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor (Brooks, et al., 2020). Todo esto también se ha convertido en un reto, un nuevo desafío para el ámbito de la salud, para ayudar a detener o minimizar el incremento de los casos durante la pandemia y postpandemia, lo cual requiere cada vez mayor investigación y estudio para esclarecer síntomas, determinar mecanismos de acción y tratamiento recomendado. El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la ansiedad y depresión puede ayudar tanto a su detección temprana, como a su prevención (Cabrera, Montorio, 2009).

Shah et al. (2020,) sugieren que para evitar los efectos en la salud mental que pueden surgir a partir de la enfermedad Covid19, se recomienda que las personas eviten la excesiva atención a los medios de comunicación con noticias relacionadas a la pandemia, mantener una dieta saludable y un estilo de vida positivo, también extender la mano en busca de consuelo es paliativo ante la situación. Igualmente, las personas deben tratar de limitar las fuentes de estrés y confiar sólo en una cantidad limitada de información ofrecida por los canales oficiales (Fiorillo, Gorwood, 2020).

La necesidad de relacionarse suele estar siempre presente, y durante la pandemia el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), ha sido de gran apoyo para un gran número de personas, pues ha permitido mantenerse comunicados sin necesidad de la presencialidad. Sin embargo, las redes de apoyo habituales exigen, con esta nueva realidad, el buen manejo de las tecnologías. Entonces, las “Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) se convierten para los mayores en una oportunidad de seguir integrados en la sociedad” (Agudo, Fombona, & Pascual, 2013, p.137), aunque muchos están en total desconocimiento sobre el manejo de las TIC.

También hay que analizar el desarrollo de recomendaciones para retrasar posibles aumentos en enfermedades mentales y para propiciar la salud mental en adultos mayores jubilados, que contribuyan a mejorar su calidad de vida más allá de la pandemia por Covid19. En este caso vamos a revisar el caso de Ramon, una persona adulto mayor, que acude a consulta con síntomas que nos llevan a pensar que podría tener ansiedad y principio de depresión. Esto permitirá ampliar los conocimientos en la salud mental de los adultos mayores jubilados y el impacto a su salud en estos tiempos de pandemia extendida, puesto que muchos de sus síntomas son atribuidos a otras

patologías propias de esa etapa de la vida y en ocasiones no se les da la importancia real.

Es por ello que pretendo con el caso de Ramón que voy a exponer en este estudio de caso, visibilizar la importancia de la empatía y conciencia del momento de vida de cada uno y las circunstancias vividas y futuras, es una condición que me afecta muy de cerca y con la cual estoy familiarizada, pero con el que pretendo también profundizar en mis conocimientos tras los resultados de este caso, también que la gente se aproxime un poco más a eso, que sobre todo los jóvenes, vemos tan de lejos.

Caso clínico

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Ramón es un hombre de 60 años casado y prejubilado, que viene a consulta porque a raíz de un ataque de ansiedad que tuvo dos meses antes de acudir, comenzó a experimentar síntomas de activación y estar más pendiente de ellos, por miedo a que le volviese a pasar y fue ese miedo hizo que dejara de hacer cosas que solía hacer y le gustaban, como jugar al tenis o socializar y evitar situaciones sociales con tal de no exponerse a una posible reincidencia. A todo esto, se le suma el estado de él que venía, con la prejubilación y la pandemia. Ramón está casado y su mujer también está jubilada, tienen dos hijas de 30 y 34 años que a su vez tienen hijos. La relación con sus hijas es aparentemente normal, sin embargo, el cuidado de los hijos de ellas es un agravante de la situación puesto que vuelve a verse forzado a ceder y complacer, así como hace con su padre. Su padre de 90 años es dependiente de él, lo que es una situación estresante para él ya que su padre presenta enfermedades físicas que le impiden valerse por sí mismo y aunque mentalmente no parece tener problemas significativos, es una persona que no concibe el cuidado por otra persona que no sea su hijo. Cabe añadir que Ramon

es una persona muy complaciente y por ello cuida también a sus nietos cuando es necesario, anteponiendo sus deseos por los de los demás. Justo antes de la pandemia pidió la prejubilación con el objetivo de hacer más planes sociales inclusive con su mujer que también se ha prejubilado, pero entonces apareció la Covid-19 y esos planes quedaron en un segundo plano, afectando de manera anímica a Ramon.

2.1. Antecedentes:

Hace 20 años, manifiesta haber tenido una crisis de depresión cuyos síntomas eran; falta de ganas de hacer lo que le solía gustar, desmotivación, las cosas no le apetecían, falta de apetito. Dice que se le fue pasando con el tiempo ya que lo que si seguía haciendo era trabajar y tomaba antidepresivos.

Actualmente, está medicado con antidepresivos y ansiolíticos. No tiene mucho ocio ya que teme contagiarse de coronavirus, por lo que sus hobbies actuales son leer y pasear con su mujer. Ha dejado de jugar al tenis, de verlo y de leer sobre él, también ha dejado de quedar con sus amigos. También descubrimos problemas en la rutina del sueño, aunque no se pone nervioso, nos cuenta que le cuesta conciliar el sueño y se suele desvelar sobre las 4-5 de la madrugada con mucha tensión corporal.

3. Evaluación

La duración total de la terapia de Ramón fue de 12 sesiones de una hora cada una, repartidas cada semana, exceptuando la última sesión que se cito para un mes después de la anterior, es decir, un total de 4 meses de terapia, puesto que actualmente está de alta. En ella se utilizaron varios instrumentos generales pero efectivos para este tipo de demanda.

3.1. Instrumentos de evaluación

La entrevista en psicología es la principal herramienta que utilizamos tanto para la alianza terapéutica como para la recogida de datos. Se lleva a cabo a través de la interacción mediante preguntas que pueden ser abiertas o cerradas, existen varios tipos de entrevista:

- estructurada: es la que se planifican las preguntas que se quieren hacer durante las sesiones independientemente de lo que conteste el cliente. Permiten muy poco o nada de cambios.
- semiestructurada: es aquella sobre la que tenemos un guion que pretendemos seguir conforme vamos recogiendo información, pero cuyas preguntas se adaptan a la respuesta del cliente.
- no estructurada: es el tipo de entrevista que consideramos conversacional y con la que tendemos a construir esa alianza terapéutica que nos permitirá avanzar en nuestra terapia. Suele ser la entrevista utilizada en la primera sesión puesto que aún no tenemos información en la que profundizar.

En el caso de Ramón, hemos utilizado la entrevista como principal fuente de información. Cabe decir que la entrevista utilizada ha sido no estructurada puesto que nuestro principal objetivo era recoger información que nos acercara a la posible explicación del mantenimiento en el tiempo de la situación ansiosa de Ramón. Gracias a la entrevista y el autorregistro hemos podido ver la sintomatología depresiva y sobre todo ansiosa que Ramón estaba manifestando y, por consiguiente, poder trazar su tratamiento de la manera más ajustada posible.

Por protocolo también se le hizo completar un formulario de historia clínica general que nos proporcionaba los datos principales y básicos para comenzar la evaluación con un poco de guía y más centrado en el motivo de consulta de nuestro cliente, En ella se registran los datos personales, así como antecedentes familiares, historial clínico y estado actual del paciente (*anexo 1*).

El autorregistro nos ayuda a recoger información que no podemos observar en el día a día de la persona, es una herramienta que nos permite conocer la conducta problema en según qué situaciones diarias de nuestro cliente. En el caso de Ramón, que manifiesta estar pasando por un estado ansioso, el autorregistro sirve para recoger información de los comportamientos que se están dando fuera de consulta en los momentos en los que aparece el problema y de esta manera evaluar y corregir esas conductas que nos hacen mantener el problema a lo largo del tiempo. Con él también podemos ver factores externos, tanto los antecedentes de la conducta problema como los consecuentes que mantienen dicha conducta.

Tabla 1. Autorregistro de evaluación

Fecha	Hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Malestar (1-10)
7/10	13:00	Llevar comida a papa Insiste en visitar un médico por su poca movilidad	No acepta la realidad Sigue igual	Frustración	Propongo gestionar rehabilitación y gestiono	9
9/10	9:00	Recibo email de invitación a un torneo de tenis	Mi nivel de juego no es suficiente para disfrutar del torneo	Se me harán muy largas las 5 horas de partido	No participaré	5
9/10	13:00	Invitación a pasar el fin de semana fuera con otras tres parejas de conocidos y familia	No tengo ánimos para participar activamente en grupo	Sensaciones contradictorias Necesidad de evitar la situación Posiblemente me ayude a relajarme	Aun no lo sé	7

4. Formulación clínica del caso

Ambas herramientas, la entrevista y el autorregistro nos han permitido recoger la siguiente información de las siguientes áreas:

Área familiar: Ramón es un hombre de 60 años, está casado, tiene dos hijas y tres nietos, que muchas veces cuidan cuando sus hijas están ocupadas. Ramón se ocupa diariamente de su padre, que tiene 90 años y es dependiente por sus problemas de movilidad. Es un factor estresante para él puesto que su padre le reclama toda la atención ya que considera que son los hijos los que deben encargarse de los padres cuando estos se hacen mayores. A parte, su padre no asume ni la edad ni los problemas que tiene. El mismo efecto en él le produce el cuidado de sus nietos ya que dice que las hijas no siempre avisan con el suficiente tiempo de antelación. Con respecto a su mujer, que también está jubilada, Ramon mantiene muy buena relación pero dice que a raíz de la Covid-19 han dejado de viajar y hacer muchas cosas, entre ellas, acudir a reuniones familiares, ya que además le es fácil evitar esa situación puesto que su familia conoce el estado anímico actual de Ramón. Es un hombre muy complaciente y le cuesta mucho decir que no, por eso siempre acaba cediendo en cuanto al cuidado de sus nietos y padre se refiere.

Área laboral: Está jubilado, coincidió justo antes de la pandemia con el objetivo de disfrutar más tiempo con su mujer. Sin embargo, a raíz del COVID-19 Ramón ha dejado de hacer muchas cosas como por ejemplo quedar con sus compañeros de trabajo que le llaman, pero dice no tener ganas por si luego no se encuentra bien.

También sabemos que hace 20 años tuvo una pequeña crisis depresiva que superó con el tiempo y con la distracción que el trabajo suponía, también tomó antidepresivos. Actualmente está tomando antidepresivos y ansiolíticos, hace ejercicios de relajación y respiración que dicen haberle ayudado.

Área personal: Es un hombre que siempre ha sido muy complaciente, tiene mucho sentido de la responsabilidad hasta tal punto que le sobrepasa, también es muy autoexigente.

Actualmente, la rutina de Ramón es la siguiente: se levanta a las 8:30 y hace las cosas de la casa, antes solía irse a jugar al tenis, pero ahora prefiere leer, pasear con su mujer y cuidar de sus padres y nietos cuando sea necesario. Su rutina de sueño no es tampoco muy positiva, duerme generalmente 4-5 horas, se despierta y le cuesta volver a dormirse, aunque dice que no le produce malestar porque ya se ha acostumbrado.

Con respecto al tenis, antes jugaba mucho y es algo que le encanta, pero hoy en día le produce mucho estrés y prefiere evitar todo lo relacionado con el mismo. Se siente muy cobarde por ello, pero no se ve capaz de aguantar tantas horas sin la posibilidad de encontrarse mal. La evitación al tenis y a reuniones sociales, puede desencadenarse por las sensaciones físicas que este genera, que son muy parecidas a las previamente experimentadas en su ataque de ansiedad, aquellas como calor, mareos, falta de aire, náuseas, palpitación alterada...

4.1.. Análisis funcional del problema

El Análisis Funcional (AF) , es una herramienta básica en psicología para entender el mantenimiento, aumento o reducción de una conducta problema. Este análisis permite comprender el comportamiento del cliente teniendo en cuenta su contexto y antecedentes.

Según el libro “Análisis funcional de la conducta humana” de María Xesús Froxán (2020), el análisis funcional debería ser la base imprescindible de cualquier intervención psicológica. A lo largo de los años, se han ido desarrollando distintos modelos de AF. Según Lopez y Costa (2012), Maciá et al (1993) o Martin y Pearl (1996) el análisis funcional consiste en la “identificación de las variables antecedentes y consecuentes que controlan una conducta y el establecimiento de las relaciones entre esas variables y dicha conducta”. Pasados los años reformularon su modelo junto al de

Haynes y O'Brien (1990) que afirmaba que el análisis funcional era “la identificación de las relaciones funcionales causales, importantes y controlables, aplicables a un conjunto específico de conductas de un determinado cliente”. Es así como hoy en día el Análisis Funcional nos permite analizar cualquier conducta problema, nos permite ver el origen de esta y el mantenimiento en el tiempo.

Para el caso de Ramón, donde las conductas problema las podemos ver en diferentes contextos, hemos decidido plantear diferentes hipótesis de origen (aquellas donde podemos ver donde nace el problema) e hipótesis de mantenimiento (el porqué de su prolongación en el tiempo) para cada una de ellas basándome en el modelo de análisis funcional del libro de “Análisis funcional de la conducta humana” (Froxán, 2020). Os presentamos a continuación las variables disposicionales generales del cliente y como estas pueden influir en las conductas problema que también vamos a explicar:

Figura 1. *Variables disposicionales.*

Variables disposicionales
<ul style="list-style-type: none">- <i>Hombre</i>- <i>60 años</i>: son personas que durante la pandemia han sido los mas vulnerables al ser de alto riesgo lo que seguramente haya influido en tener mas miedo a contagiarse.- <i>Prejubilado</i>: el hecho de que Ramon sea una persona jubilada puede influir a la hora de no tener una rutina estructurada ni una serie de obligaciones a lo largo del día de manera que cueste mas mantenerse activo.- <i>Pandemia</i>: influye en la reducción de actividad tras la jubilación.- <i>Medicación (ansiolíticos y antidepresivos)</i>: la medicación ha sido su via de escape durante mucho tiempo, le ha servido de gran ayuda en situaciones incontrolables, lo que influye en que se utilice este tipo de estrategias de afrontamiento del malestar en vez de otras que fomenten un afrontamiento activo de los miedos o de la ansiedad- <i>Miedo al COVID-19</i>: el COVID ha generado incertidumbre y miedo a las reuniones

sociales lo que provoca que nuestro cliente tienda a evitar según qué situaciones por miedo al contagio.

- *Complaciente*: Ramón es una persona complaciente y esto genera que ante ciertas situaciones tienda a decir que si aunque no esté bajo su responsabilidad o no quiera hacerse cargo de dichas responsabilidades.
- *Autoexigente*
- *Padre y nietos demandantes*

Figura 2. *Conductas problema.*

Conductas problema
<ul style="list-style-type: none">- <i>Rumiaciones</i>, que consiste en dar vueltas a un pensamiento negativo o idea inconscientemente de manera que haga que no puedas poner solución. Anticipaciones de que no va a pasarlo bien. Miedo a estar mal.- <i>Pensamientos negativos</i>, la constante repetición de pensamientos auto destructivos de la persona. Y bajo estado de ánimo.- <i>Evitación</i>, no acudir a lo que causa incomodidad, haciendo que no afrontes y por lo tanto no puedas poner solución.- <i>Auto observación</i>, constante comprobación de síntomas fisiológicos.- <i>Falta de habilidades asertivas</i>, decir que no, derecho a decir que no, poner límites, reafirmarse en su criterio.

Hipótesis de origen: sabemos que es una persona complaciente y a la que le cuesta decir que no y establecer límites. Es una persona muy autoexigente y volcada hacia cualquier tipo de responsabilidad, pues así lo ha demostrado con su trabajo y su familia. En cuanto a la relación que tiene con su padre, el ser complaciente y el comportarse de esa manera con

respecto a los demás, es un aprendizaje que Ramón tenía previo a que se empezara a dar esos problemas tan importantes de comunicación con su padre. A raíz de que emite su padre respecto a la responsabilidad de Ramón de cuidarle del tipo: “tú me debes cuidar a mi porque eres mi hija”, que emite su padre de tener que cuidarle, junto con la historia de aprendizaje de Ramón, han contribuido a que se sienta culpable o incluso con ansiedad y presión por ayudar y cuidar a su padre. Lo mismo le ocurre con sus nietos, no es capaz de decir que no a sus hijas por no sentirse culpable si no lo hace. Haciendo referencia los contextos del entorno, cabe destacar el momento en el que Ramón acude a terapia, que es justo después de la pandemia y de haberse prejubilado, el confinamiento y aislamiento social, le provocaron miedo a la mayor parte de la población y más concretamente a las personas mayores ya que eran la población de alto riesgo para el virus, eso ha generado miedo a salir de casa. Lo mismo ha ocurrido con su círculo y sus actividades sociales. Si hablamos del tenis, nos cuenta Ramón que dos meses antes de su visita, sufrió un ataque de ansiedad (estimulo incondicionado) que fue provocado por el cumulo de estrés por la relación con su padre, su propia sobre responsabilidad y su manera complaciente de ser y que fue a partir de ahí cuando comenzó a auto observar sus síntomas por miedo a que le volviese a pasar. Un día en un partido de tenis, vomitó y desde entonces asoció el tenis a esa sensación de malestar. Por lo que todo lo relacionado con el tenis, le crea ansiedad, ya que los síntomas de un ataque de ansiedad son muy parecidos al cansancio de hacer ejercicio, mareos, calor, náuseas, palpitaciones... Fue entonces cuando a partir de ese confinamiento donde los planes que tenía tras la jubilación se tuvieron que aplazar y dónde vino todo ese miedo a salir de casa, sumado el factor estresante que supone la relación con su padre, los que crearon a Ramón un estado de ansiedad, dificultando así su rutina de sueño, con insomnio intermitente y su auto vigilancia de síntomas.

Hipótesis de mantenimiento: la principal conducta problema de Ramón es que está llevando a cabo evitaciones a diferentes situaciones y es esa evitación, por el consecuente de alivio del malestar que podría experimentar, la que mantienen el problema. Esa conducta ha sido la consecuencia de otras previas que son la rumiación, de darle muchas vueltas a una misma situación, a lo mal que lo puede pasar, a ese ataque de ansiedad que tuvo y también la hipervigilancia de sus síntomas fisiológicos, todo ello ha hecho que Ramón prefiera no realizar según qué actividades. Ya el simple hecho de haberse jubilado conocemos que genera esos pensamientos intrusivos en Ramón ya que el rol de la vida que siempre habían asumido no está. El miedo que ha creado la pandemia en las personas mayores ha hecho que Ramón condicione el salir de casa con que le vaya a pasar algo o se vaya a contagiar, por lo que evita salir o hacer cualquier tipo de plan que tenga que ver con el contacto con otras personas. En lo referido al tenis ya sea leerlo, hablarlo, ver videos y por supuesto jugarlo, crea en nuestro cliente una sensación de malestar que solo es aliviada mediante la evitación de dichas situaciones. Los comportamientos que ha adquirido Ramón tras los insomnios provocados por su estado de ansiedad han hecho que se mantenga en el tiempo. En este caso tiene dos conductas que hacen que el problema persista, ponerse música clásica o comprobaciones físicas constantes. El estresor que supone su padre para él se mantiene en el tiempo por la constante repetición de las explicaciones que debe darle a su padre cada vez que este le reclama atención y le hace sentir responsable de su cuidado, ha conseguido que con solo pensar en confrontar, le cree ansiedad. Intentos constantes de hacer entender a su padre que necesita ayuda y la negativa constante de su padre. Ramón actualmente evita todo lo que le pueda causar ansiedad o malestar, empezando por no acudir a reuniones sociales con la excusa de que está mal, y siguiendo por la falta de herramientas para establecer esos límites con la sobre responsabilidad que tiene hacia su padre y sus nietos.

Figura 3. Primera secuencia funcional de la hipótesis de origen

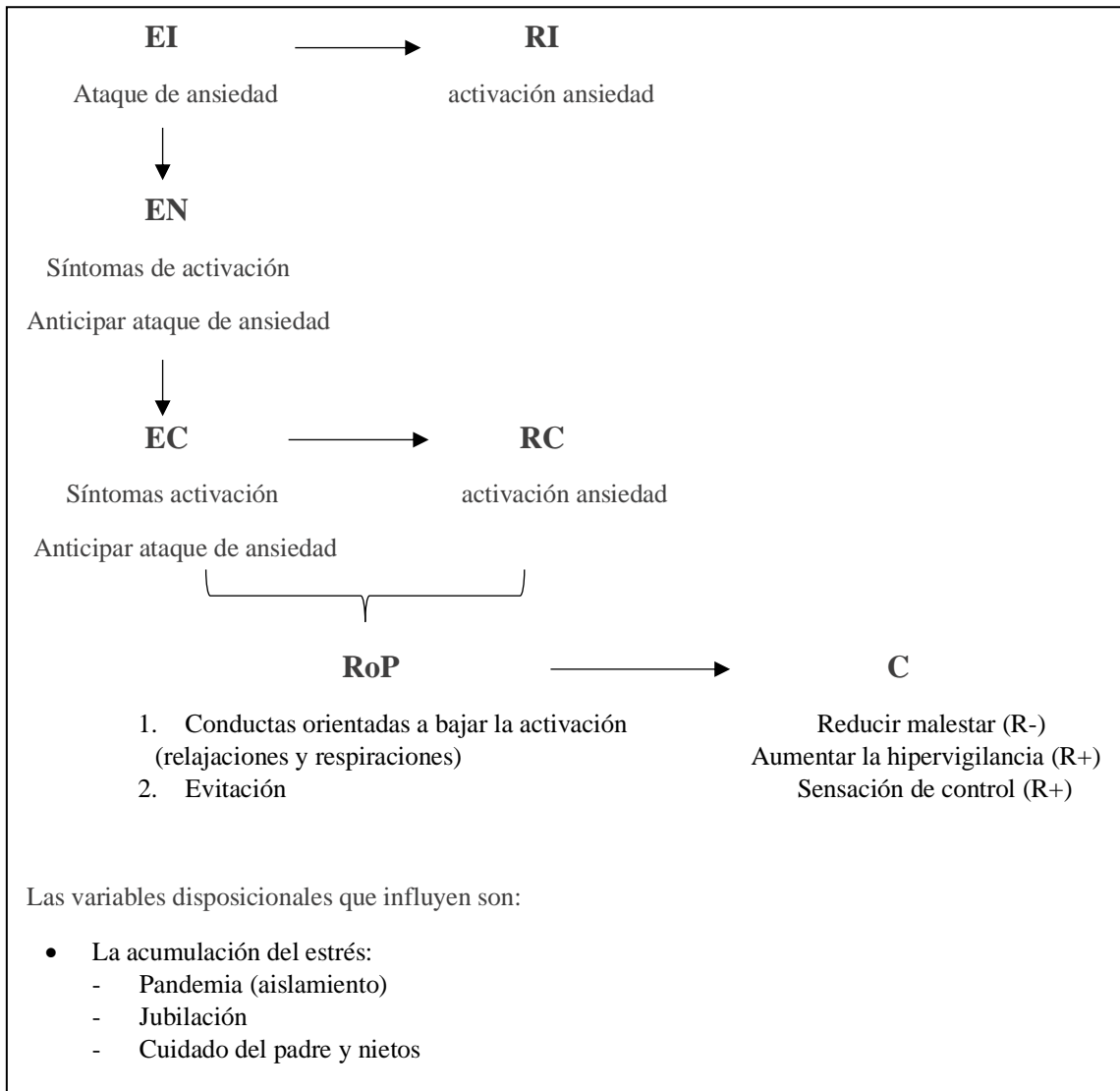


Figura 4. Primera secuencia funcional de la hipótesis de mantenimiento.

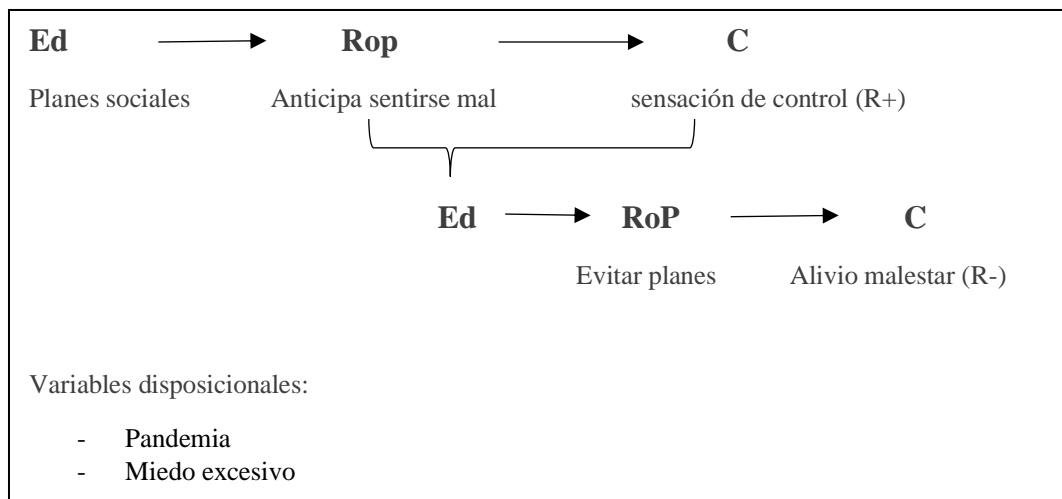


Figura 5. Segunda secuencia funcional de la hipótesis de mantenimiento.

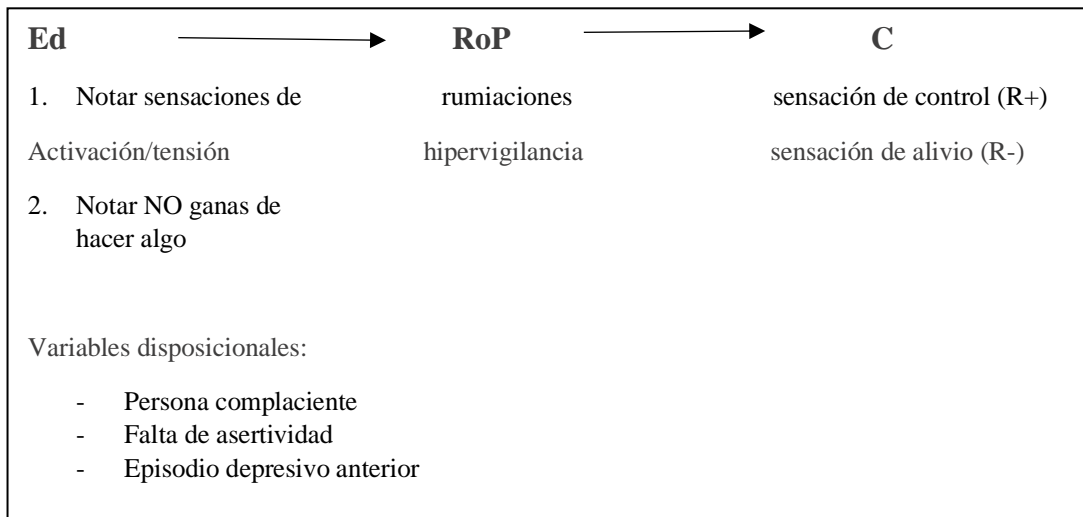
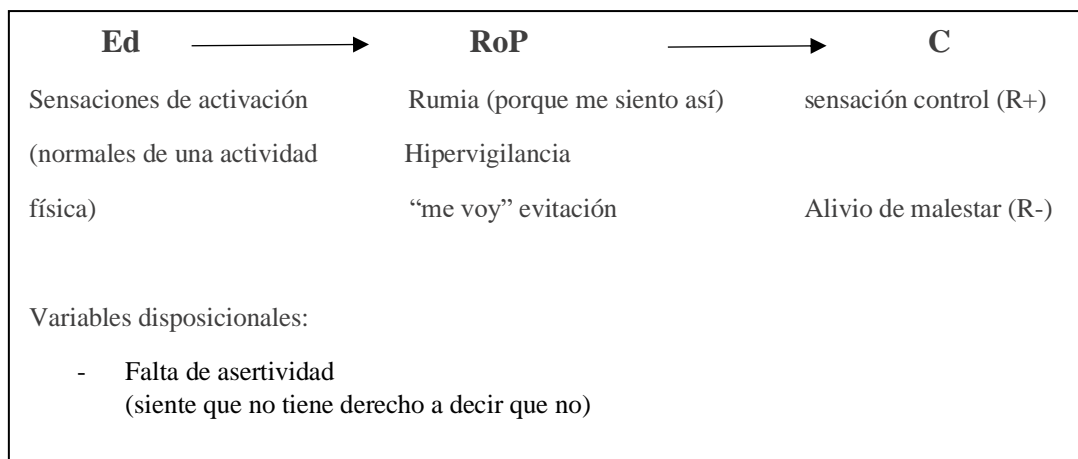


Figura 6. Tercera secuencia funcional de la hipótesis de mantenimiento (Tenis).



4.2. *Objetivos del tratamiento*

Al margen de nuestros objetivos que pondremos como profesionales, hemos de tener en cuenta que la demanda de Ramón y sus objetivos a alcanzar, son los siguientes:

- no volver a sufrir un ataque de ansiedad
- volver a jugar al tenis
- mejorar la relación con su padre

Junto con su demanda y de manera conjunta, conseguimos organizar y establecer una serie de objetivos terapéuticos que os presentamos a continuación:

Tabla 2. Objetivos terapéuticos.

Objetivos	Técnicas
Mejorar la comunicación con su padre	Habilidades sociales
Reducir el malestar ante el enfrentamiento	<ul style="list-style-type: none"> - reestructuración cognitiva - asertividad, poner límites - aceptación de críticas
Reducir síntomas de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de la ansiedad - Enseñar técnica de relajación muscular - Respiración controlada
Volver a jugar el tenis (volver al entorno social)	Activación conductual con jerarquía de malestar y exposición.

5. Tratamiento

La duración del tratamiento de nuestro cliente en este caso ha sido de 12 sesiones de 1 hora de duración y con periodicidad semanal, exceptuando la última sesión que había pasado un mes desde la sesión número 11. Generalmente en su tratamiento hemos seguido el enfoque conductual para nuestra intervención, teniendo en cuenta también que Ramón vino a terapia bajo medicación (ansiolíticos y antidepresivos), por lo que nuestro tratamiento ha consistido en una combinación de psicoterapia y medicación, aunque en estos casos no siempre sea necesario.

Ramón es una persona muy participativa, en la primera sesión recogimos información suficiente para empezar a plantear cambios, sin embargo, las primeras tres sesiones nos sirvieron para recoger y asentar bien la información y plantear un buen análisis funcional que posteriormente le explicamos. También le mandamos un autorregistro de evaluación en la primera sesión para ver su conducta en diferentes situaciones, que posteriormente lo comparamos con otro autorregistro de intervención que le mandamos en la tercera sesión.

Antes de empezar a detallar las diferentes sesiones, es importante decir que Ramón actualmente ya está dado de alta. A continuación, os voy a presentar un cronograma de las sesiones.

Tabla 3. Cronograma de las sesiones.

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Establecer alianza terapéutica y recoger información	Entrevista no estructurada, cuestionario de historia clínica general.
2	Mejorar su idea de responsabilidad. Anticipar cosas positivas de los planes que van a hacer en vez de solo las negativas	Reestructuración cognitiva de ideas de sobre responsabilización con el padre. Operaciones motivadoras para incrementar las conductas positivas
3	Explicar el AF completo	Psicoeducación sobre la ansiedad Mando autorregistro de bienestar
4	Empezar con actividades que pueda hacer para la próxima semana	Explico exposición a la activación y moldeamiento de las verbalizaciones sobre la activación Y seguimos con psicoeducación ansiedad

5,6,7,8	Actividades que pueda hacer semanalmente Mejorar la capacidad de exigir sus derechos.	Seguimos con activación conductual Asertividad Exposición
9	trabajamos en cómo manejar la situación de decirle a la madre el tema de la ayuda externa repasamos pautas de exposición y curva de ansiedad repasamos estrategias de manejo	asertividad más solución de problemas auto instrucciones, respiración Generamos muchas operaciones motivadoras
10,11	Mandamos tarea de lo que ha aprendido a lo largo de las sesiones	Autorregistro Seguimiento en un mes
12	Dar el alta	Repaso aprendido más prevención de recaídas

Anteriormente hemos expuesto que en las tres primeras sesiones se hizo la recogida de datos y la evaluación del problema. Mas concretamente en la primera sesión también se entregaron los documentos protocolarios como el consentimiento informado, la protección de datos y en nuestro caso, el formulario de historia clínica que recoge información básica y datos personales. también en estas primeras sesiones se hace la devolución al cliente de la

información recibida y su problemática, explicamos nuestro método de trabajo y establecemos una serie de acuerdo de como vamos a estructurar la intervención.

En la *segunda sesión* se empezó con la reestructuración cognitiva sobre la idea de sobre responsabilización, la reestructuración es una técnica que plantea los pensamientos irracionales del cliente como hipótesis, se realiza de manera conjunta donde el cliente junto con la ayuda del terapeuta identifica y cuestiona esos pensamientos para poder cambiarlos por otros más reales o que puedan generar un comportamiento que vaya más acorde con los objetivos terapéuticos perseguidos. Es una manera de que el cliente llegue a la conclusión sobre la utilidad de dichos pensamientos mediante sus propias respuestas ya que la terapeuta irá haciendo una serie de preguntas que harán que el cliente reflexione sobre si sus pensamientos o hipótesis son realmente correctos o no, incitándolo a cambiar. También en esta sesión, realizamos una serie de operaciones motivadoras para anticipar cosas positivas de los planes que le puedan surgir, tanto en el entorno social como familiar, en vez de centrarse solo en los negativos.

Con la información recibida hicimos nuestro análisis funcional que ya hemos presentado y fue en la *sesión tres* donde hicimos su devolución, explicándole a Ramón el porqué de su problema, su posible origen y la razón de que se mantenga en el tiempo, para ello hicimos también psicoeducación de la ansiedad que consiste en la explicación por parte del profesional de la parte más técnica y practica del problema, de esta manera hacemos consciente al cliente no solo de lo que esta ocurriendo si no de sus posibles soluciones. Una vez planteada la situación, evaluamos juntos las actividades que ha dejado de hacer, que antes le parecían placenteras, para así poder ver cuales de ellas podría ir retomando poco a poco. Finalmente, en esta sesión le mandamos como tarea para casa la realización de un autorregistro para poder seguir recogiendo información útil, donde le pedimos que cuando

vaya a realizar alguna actividad, ya sea tenis, paseos... que escribiese esas anticipaciones positivas que le hacían ir a esos eventos y que luego puntuase en una escala del 1 al 10 el nivel de bienestar que le provocaba y estos fueron los datos recogidos:

Tabla 4. Autorregistro de intervención

Situación	Puntos positivos (anticipo consecuencias positivas, me fijo en lo bueno)	Escala de bienestar 0-10
S/ tenis	Propuesta de mi hija, jugaremos aproximadamente dos horas- pienso en que me apetece verla jugar con su nueva ropa de deporte	5
D/ comida familiar	Ambiente agradable-conocen mi situación, me sentiré seguro y en muy buena compañía	5
L/ excursión	Programamos para el jueves- pasar el día en El Escorial, mucha naturaleza-visita al monasterio y los jardines	5
S/ comida familiar	Pienso en ver juntas a mis hijas y mis nietos comiendo	6
L/ paseo y aperitivo	Día soleado para pasear + aperitivo al sol con terraza	6
X/ museo	A veces disfruto con ello- buen ambiente- Madrid animado	6
Todos los días	Tablas de gimnasia, ejercicios de relajación, ejercicios de respiración y lectura	6

En la *sesión número cuatro* descubrimos, gracias al auto registro que, a pesar de haber tenido el día de antes tensión corporal, consiguió jugar con su hija un rato al tenis, reforzamos esa actividad y le seguimos animando a que siga dando esos pasos. En este caso para la psicoeducación en ansiedad le mandamos el libro “*¿Nos estamos volviendo locos?*” (Pulido. D, 2016) y también aprovecho para explicarle la técnica de exposición a la que se va a enfrentar en sesiones futuras, junto con el refuerzo de las técnicas de respiración para que confíe en que va a ser capaz de enfrentarse.

En la *quinta sesión* nos comenta que ha empezado a leer el libro y repasamos las cosas que haya aprendido para reforzar conocimientos. Manifiesta encontrarse mejor, consiguió hacer las actividades que habíamos planteado, dice haberse centrado en las cosas positivas, aunque a veces anticipaba y lo pasaba mal pero que era consciente y sabia volver a poner el foco en lo positivo. Ramón nos dice que todos los días hace deporte y practica las relajaciones y respiraciones previamente explicadas en sesión.

Planteamos entonces hablar con el psiquiatra para reducir la medicación ya que se encuentra mejor y también duerme mucho mejor. Reforzamos sus actividades positivamente y añadimos nuevas metas para progresar.

Cuando hablamos del padre nos dice que ha conseguido no entrar a discutir tanco con él, ajustando su responsabilidad a la real y también quiere hablar con sus hermanos para buscar una alternativa. Así que volvemos a reforzar su conducta y organizamos el hablar esta semana con sus hermanos para hablar de poner un cuidador extra a su padre.

La *sesión número seis y siete* se caracterizan por la notable mejoría en todos los aspectos trabajados. A nivel social, ha seguido jugando al tenis, siendo capaz en los momentos de mareo de acordarse de lo aprendido de psicoeducación. Entonces planteamos como afrontar un torneo y añadimos mas actividades.

En las siguientes dos sesiones, focalizamos más en el tema del padre, en la *sesión número ocho* nos cuenta que ya ha hablado con sus hermanos y han decidido iniciar el procedimiento con servicios sociales para buscar a alguien que les ayude más horas, lo que le quita bastante presión. Entonces en la *sesión nueve* trabajamos con asertividad cómo decirle a su padre la nueva solución, apoyándose en sus hermanos para dividir la responsabilidad. Por lo demás, mantiene positivamente las actividades a realizar, aunque dice estar nervioso por el torneo de tenis, entonces repasamos las pautas de exposición y las estrategias de manejo, como las auto instrucciones, la relajación y el focalizar en lo positivo, por supuesto recordamos lo bien que se sentirá cuando termine el torneo.

La *sesión diez y once* nos sirvieron para reforzar todas las sensaciones positivas en los últimos días, desde el torneo, la situación con su padre, los planes sociales y la bajada de medicación por parte de su psiquiatra, al ver todo esto decidimos darle cita para un mes y le hacemos seguimiento.

En la *doceava y última sesión* repasamos lo aprendido, técnicas de relajación y respiración, animándole a que siga practicando, la importancia de establecer límites y de asertividad, la capacidad y satisfacción que provocan las anticipaciones positivas y reforzamos el trabajo, finalmente hacemos prevención de recaídas y le damos el alta.

6. Valoración del tratamiento

Tras las doce sesiones, Ramón fue dado de alta por lo que podemos hacer una valoración general de la mejoría notable que el cliente ha conseguido. Si entramos en detalle, Ramón llegó a terapia con altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos que se reflejaban en sus conductas de evitación y su falta de asertividad que le provocaban incomodidad y malestar en entornos sociales. Ha estado plenamente implicado durante todo el proceso terapéutico, haciendo las tareas asignadas y poniendo en práctica poco a poco las

herramientas para ese control de la ansiedad y confrontamiento al problema. Gracias a las verbalizaciones y el auto registro de intervención hemos podido notar esa mejoría en los síntomas, empezando algunas situaciones con un nivel 8/10 de ansiedad y terminando con una reducción a un 3. La buena actitud de Ramón, el querer cambiar y el planteamiento de objetivos realistas han hecho que esta mejoría sea posible. La adherencia al tratamiento ha sido 10/10, acudía a su hora y siempre.

Para analizar dicha evaluación, el cliente nos presentó una hoja con las “tareas aprendidas en sesión”, por lo que ha sido más fácil reconocer esas mejoras (figura 7):

Figura 7. Tareas de lo aprendido.

Tareas de lo aprendido:

- Entender y asumir que un poco (un mínimo) de ansiedad es normal y necesario. Un proceso. No peligro vital
- Un proceso de ansiedad siempre alteraciones físicas
- Entender la curva y exposición. Decreciendo poco a poco
- Para superar es necesario ENFRENTARSE
- Temores anticipados = injustificados
- Evitarlos hace que se cronifique el problema
- Normalizar las situaciones de nervios y exponerse. Convertirse en momentos agradables y satisfactorios.
- Quererse un poco más a uno = dedicarse más tiempo, relajación, ejercicio. Aprovecho esos momentos para repasar el tema de mi padre, repartiendo las responsabilidades con mis hermanos y ajustarlas.

- Puntos: ya no aparecen puntos negativos. Repasamos como mejorarlo; con anticipaciones positivas.
- “nos vemos en un mes”
- Duermo muy bien, apetito muy bien. Retirada de medicación

El principal problema de Ramón era la evitación de situaciones que le pusieran nervioso a raíz de un ataque de ansiedad que tuvo meses antes de acudir a consulta. Mediante la explicación de la curva y la exposición, la ansiedad que esas cosas le generaban se fue reduciendo hasta volver a considerarlas actividades placenteras. Con esto no queremos decir que la ansiedad desapareciera si no que aprendió a manejarla para que a pesar de ser necesaria y estar presente, no le impidiese hacer su vida o sus planes. Hoy en día, Ramón vuelve a jugar al tenis con sus hijas, es capaz de asistir a eventos sociales y familiares ya que tiene el control de las operaciones motivadoras que hacen que sus anticipaciones sean positivas.

Con el tema de su padre, hemos podido ver cómo ha sabido establecer esos límites que le estaban haciendo ejercer una sobre responsabilidad en el cuidado de su padre, donde sus hermanos se desentendían. Aunque es algo que ha costado, Ramón, ha podido confrontar a su padre y hablar con sus hermanos de esa división de responsabilidades a raíz de las herramientas de asertividad y de la reestructuración cognitiva para quitarle esos pensamientos irracionales sobre las verbalizaciones de su padre del tipo: “eres mi hijo y tienes que cuidarme”. También utilizamos esta técnica para esa autoexigencia y esa manera de no saber decir que no o poner límites, fue capaz de entender que no era ser egoísta si no que hay que cuidarse a uno mismo para poder cuidar a otros.

Otra cosa para tener en cuenta es que Ramón utilizaba las técnicas de relajación y respiración para evitar según que sensaciones. Gracias a la psicoeducación de la ansiedad,

con ayuda del libro previamente mencionado, explicamos la importancia de no utilizar esas herramientas para reducir la posibilidad de otro ataque de ansiedad, porque son factores mantenedores, si bien es verdad, que vamos a mantener el que haga esa relajación pero no en el momento de más ansiedad, ya que ahí debe seguir haciendo las cosas que este haciendo, como por ejemplo, si esta paseando, debe seguir paseando... pero que si quiere seguir haciendo esas técnicas por las mañanas, por ejemplo, si que pueden ser positivas y beneficiosas para él.

Por último, decir que Ramón respondió libremente a una encuesta de satisfacción general donde la escala era del 1 al 10, siendo un 1 el mínimo de satisfacción y 10 el máximo. La media de las preguntas fue de un 10, lo que significa un 100% de satisfacción por parte del cliente, las preguntas fueron las siguientes (figura 8):

Figura 8. Encuesta de satisfacción.

Me he sentido escuchado y comprendido por mi terapeuta.	He sentido que podía confiar y ser sincero con mi terapeuta.	Las pautas y tareas terapéuticas me han parecido adecuadas y pertinentes.	La duración de la terapia me ha parecido adecuada.	Estoy satisfecho con la terapia.	He conseguido los objetivos que me había propuesto
10	10	10	10	10	10

Podemos añadir que la alianza terapéutica, el sentirse en un espacio seguro y con confianza para poder expresarse sabiendo que no se le va a juzgar, transmitiéndole nuestra confidencialidad y profesionalidad, unida a la humanidad y empatía que se debe reflejar y por supuesto la implicación por parte del cliente fueron condicionantes claves para el éxito de la terapia. En este caso hemos utilizado una encuesta y el *feedback* del propio cliente, sin embargo, mediante la observación hemos podido notar esos cambios en Ramón, así como su progreso continuo.

7. Conclusiones y valoración personal

En el caso de Ramón hemos tratado dos de los trastornos mas comunes y generalizados que afectan negativamente y alteran el normal funcionamiento de las actividades diarias de las personas que lidian con ellos. Estos pueden darse en distintos niveles, llegando incluso a ser difíciles de tratar. En el caso presentado, además, hablamos de una persona del grupo de población de adultos mayores donde esas condiciones pueden ser mas agravantes puesto que se puede relacionar con las enfermedades crónicas incapacitantes que de por si son mas frecuentes en este grupo, ya que sabemos que utilizan cuatro veces mas los servicios médicos (González, 2005b).

En el caso de nuestro cliente no existía una enfermedad crónica, pero si la reciente jubilación, que es conocida también como un posible detonante para dicha ansiedad y/o depresión, por la perdida de rol y función desempeñada en la sociedad (Zavaleta, 2017). Es por ello importante establecer un plan de vida, actividades y tener un buen circulo de apoyo social para mejorar la calidad de vida de estas personas. Esta realidad ha sido encima aumentada con la nueva sufrida reciente por la Pandemia del COVID- 19, que fue encontrado por primera vez en China en diciembre de 2019.

Como previamente hemos comentado, Ramón se jubila poco antes de dicha pandemia y este aislamiento social le prohíbe realizar los planes que tenia de viajar con su mujer. La incertidumbre de los primeros días y la noticia de que las personas mayores eran mas vulnerables al virus, se apodero de este grupo dejándoles ese miedo a relacionarse incluso a salir de casa por miedo a contagiarse.

La pandemia puede aumentar los niveles de estrés y ansiedad en personas sanas y los puede aumentar en personas con estos trastornos mentales (Shigemura et al., 2020). Por

lo que Ramón ante la pandemia fue una persona vulnerable por su ya anterior depresión, el cuidado de su padre y sus nietos, su propia autoexigencia... esto más la suma del aislamiento y la jubilación, provocaron en nuestro cliente esa ansiedad y ese miedo a relacionarse y la falta de ganas de hacer algunas cosas. Es por ello por lo que este caso me llamó tanto la atención, ya que esta nueva realidad del COVID-19, supone un reto para el ámbito de la salud ya que aún no están tan investigados los efectos a nivel de salud mental en las personas y mas concretamente en el grupo de adultos mayores.

Ramón que vino a consulta por un ataque de ansiedad, con miedo de que le volviera a pasar, tenía muchas conductas que hacían que el problema se mantuviera en el tiempo. Al margen de que es una persona responsable y muy complaciente, le faltaban habilidades asertivas que le hicieran capaz de decir que no y a establecer límites, esto lo veíamos reflejado en el tema de su padre donde ejercía toda la responsabilidad bajo las verbalizaciones de exigencia de su padre y la falta de compromiso de sus hermanos. Durante el tratamiento hemos proporcionado herramientas de asertividad y ha conseguido la división de tareas con respecto a su padre

La psicoeducación de la ansiedad también fue clave puesto que ha pesar de estar medicado y de utilizar técnicas de relajación y respiración, las usaba a modo de evitación para cuando se encontraba en el pico máximo de ansiedad. Las rumias e hipervigilancias eran parte también de la conducta problema que agravaban la situación y le llevaban a ejercer la evitación para así aliviar ese malestar que le generaba pensar que podría volver a tener un ataque de ansiedad. Evitación que utilizaba también para reducir su miedo o ansiedad por contagiarse del virus si acudía a reuniones sociales o partidos de tenis. En su caso la exposición fue clave para el éxito del tratamiento, y además contábamos con la participación de nuestro cliente.

Y aunque nuestro cliente ya tenía varias variables disposicionales que aumentaban la posibilidad de su prolongación en el tiempo de esta ansiedad, hemos podido ver como el aislamiento social ha provocado en este grupo de la población una sensación de soledad que ha tenido sus consecuencias (Fiorillo, Gorwood, 2020).

El tratamiento de Ramón que fue dado de alta, por lo que concluimos que fue efectivo, nos indica y nos sirve para saber que en casos de poca actividad social después de una jubilación y un aislamiento social, generan esa incertidumbre de no saber cuál es tu lugar y a como afrontar esas sensaciones que genera tu cuerpo ante algo poco común como lo es una pandemia, debemos estar atentos y seguir investigando sobre las diferentes alternativas que podemos ofrecer a nuestros mayores para una mejor calidad de vida.

A título personal y tras haber cumplido con mi objetivo con este estudio de caso que era el saber esas consecuencias que han podido sufrir los adultos mayores ante una pandemia mundial inesperada y sin aparentes recursos para afrontarla más allá del aislamiento social, visto desde la intervención psicológica, que éramos un ámbito también con pocas herramientas para este tema puesto era algo nunca visto y gestionado antes. Me ha enriquecido mucho poder ver este caso de cerca, sentir la importancia que tiene este grupo de la población en la sociedad y la poca atención que se les presta a veces, debemos entender que adaptarse a una nueva realidad donde tu rutina diaria de trabajo y tu rol y función desaparecen, es algo complicado y que necesita de mucha predisposición y fuerza para llevar a cabo sin consecuencias graves. Y más después de la COVID- 19 que genero esa soledad y reducción de interacciones interpersonales. Lo que mas me ha sorprendido de este caso ha sido la progresión tan rápida que tuvo Ramón y he podido entender la importancia de una buena alianza terapéutica, así como de unos objetivos conjuntos claros, reales y la participación del cliente. Quiero agradecer a Libertia por abrirme sus puertas ante este

mundo aun desconocido para mí, por enseñarme a empatizar de cerca con personas que consideras que están lejos de ti y en especial a Elena Gálvez por tutorizarme el caso y adentrarme en este ámbito que tanto me llama la atención de la psicología por lo cerca que lo tengo a nivel personal y por el cual me decidí a elegir esta maravillosa profesión.

8. Referencias bibliográficas

Agudo, S., Fombona, J., y Pascual, M. d. (2013). Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 137.

APA, 2014. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Behncke, S. (2012). Does retirement trigger ill health. *Health Econ.*, 21, 282–300.

Biancotti, C., Katz, M., Macotinsky, G., Malvicini, C., Mingorance, D., Paradelo, C. y Vazzano, L. (2001). Exclusión laboral y reorganización psíquica en el adulto mayor. *Cuadernos de Gerontología: Asociación Gerontológica de Buenos Aires (AGEBA)*, 12(13), 69-73.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., y Greenberg, N., (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-20.

Cabrera, I. y Montorio Cerrato, I. (2009). Rev. Española de Geriatria y Gerontología. V44 (2), 106-111.

Calderón, D. (2018, p. 187). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev. Med Hered(29), 182-191.

Crespo, J. (2011). Prevalencia de Depresión en adultos. Cuenca, Ecuador: Tesis previa obtención de título de Médico.

De Miguel, A. (2003). Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. *Tabanque*, 16, 49-82.

Fiorillo, A., y Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*.

Flores, R. and Acosta-Quiroz, C., 2007. *Ansiedad y depresión en adultos mayores*. Academia.edu.

https://www.academia.edu/29039080/Ansiedad_y_depresi%C3%B3n_en_adultos_mayores

Froxán Parga, M., 2020. *Análisis funcional de la conducta humana*. Ediciones Pirámide.

Hermida, P., y Stefani, D. (2011). La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8(2), 101 – 107.

Hernández, G. (2003). Mayores: aspectos sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 45, 133-151.

Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Jafri, S.H.R, Ali, F. Mollaeian, A., Hasan, S.M., Hussain, R., Akkanti, B.H. yvEl-Osta, H.E. (2017). Major stressful life events and risk of developing lung cancer. *Journal of Clinical Oncology* 35(15), 1575.

Mena Pozo, A. y Ocaña Velazco, M.J. (2020). Estados depresivos en adultos mayores jubilados durante la pandemia por el Covid -19. *Universidad Politécnica Salesiana*, 2,(5-6), 59.

Molina Del Peral, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501.

Oliveri, M. (2020). Gente Saludable. <https://blogs.iadb.org/salud/es/coronavirus-y-adultos-mayores/>

Organización Mundial de la Salud (2020). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/qacoronaviruses?gclid=EAIaIQobChMI2NvqvZO56QIVBaSzCh11gRaEAAYASAAEgLVNPD_BwE

Organización Panamericana de la Salud (2020). <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-personas-mayores-son-mas-vulnerables-covid-19-cuba>

Pérez Abreu, J. G. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista habanera de Ciencias medicas* , 1 - 15.

Pulido, D., 2016. *¿Nos estamos volviendo locos?*.

Rojas-Yara, C. (2020). Cuadernos de Neuropsicología. Cuarentena, aislamiento y uso de drogas. 14 (1)

Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K. y Patel, R. S. (2020). Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: Applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*, 12(3), e7405

Shigemura J., Ursano R.J, Morganstein J.C., Kurosawa M. y Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74(4), 281-2

Stefani, D. (2000). Prejuicios hacia la vejez: Una forma de violencia social. *Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología de la Facultad de Psicología*, 5 (2), 115-124.

Téllez Rivera, V. y Reyes Montoya, D. (2004). Jubilación, envejecimiento y espacios alternativos de participación social. *Rev. Santiago*, 102-105.

Villavicencio, F., Hernández, D., & López, V. (2017). Transición del adulto mayor productivo al envejecimiento activo. *medigraphi*, 4(1), 48-56.

Xiang, Y.T., Yang, Y., Li W., Zhang L., Zhang Q. y Cheung T., (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 228

Yuste, N. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Zavaleta, F, L. (2015). “ANSIEDAD MANIFIESTA Y SENTIDO DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DE UNA ASOCIACIÓN DE CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACIÓN DE LA LIBERTAD”

9. Anexos

Anexo 1. Cuestionario historia clínica.

DATOS PERSONALES

Nombre *

Tu respuesta

Edad *

Tu respuesta

Sexo *

Mujer

Varón

Otro

DNI *

Tu respuesta

Dirección (incluyendo código postal y localidad) *

Tu respuesta

Teléfono *

Tu respuesta

Correo electrónico *

DATOS FAMILIARES

¿Con qué personas convives habitualmente?

Tu respuesta

¿Qué edad tiene tu madre?

Tu respuesta

¿Cuál es la profesión de tu madre?

Tu respuesta

¿Qué edad tiene tu padre?

¿Cuál es la profesión de tu padre?

Tu respuesta

¿Cuántos hermanos tienes? ¿De qué edades?

Tu respuesta

¿Tienes hijos? ¿Cuántos y de qué edades?

Tu respuesta

¿Tienes problemas con tus hijos?

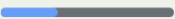
Tu respuesta

¿Cómo describirías la calidad de la relación con tu familia?

Tu respuesta

Si quieres indicar alguna otra información sobre tu familia, escríbela aquí:

Tu respuesta

Atrás Sigüiente  Página 3 de 9 Borrar formulario

DATOS OCUPACIONALES

¿Cuál es tu ocupación actual (trabajo o estudios)?

Tu respuesta

¿Qué nivel de estudios has alcanzado?

Tu respuesta

¿Cuál es tu nivel de satisfacción con tu ocupación actual?

Tu respuesta

¿Tienes problemas laborales o escolares?

¿Te sientes integrado en tu ambiente laboral o escolar?

Tu respuesta _____

¿Tienes dificultades económicas?

Tu respuesta _____

Si quieres indicar alguna otra información sobre tu ocupación, escríbela aquí:

Tu respuesta _____

¿Te encuentras satisfecho con tus relaciones sexuales?

Tu respuesta _____

¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales?

Tu respuesta _____

¿Tienes problemas con tus relaciones sexuales?

Tu respuesta _____

Si quieres indicar alguna otra información relacionada con tu relación de pareja o tu sexualidad, escríbela aquí:

Tu respuesta _____

HÁBITOS DE SALUD

¿Consumes alcohol o drogas?

Tu respuesta _____

¿De qué tipo?

Tu respuesta _____

¿Con qué frecuencia?

Tu respuesta _____

¿Tu entorno próximo consume alcohol o drogas?

PAREJA Y SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

Tu respuesta _____

¿Convives con ella? ¿Desde qué fecha?

Tu respuesta _____

Edad de tu pareja

Tu respuesta _____

Profesión de tu pareja

DATOS MÉDICOS

Enfermedades actuales

Tu respuesta _____

Enfermedades pasadas

Tu respuesta _____

Antecedentes familiares

Tu respuesta _____

¿Sufres algún tipo de incapacidad?

DATOS SOCIOAMBIENTALES

¿Cómo te gusta divertirse?

Tu respuesta _____

¿Te encuentras satisfecho con tu tiempo libre?

Tu respuesta _____

¿Cómo es tu vida social?

Tu respuesta _____

¿Tienes dificultades de relación (con personas del mismo sexo o de distinto

DATOS CLÍNICOS

Describe brevemente el problema o problemas por los que acudes a consulta:

Tu respuesta _____

¿Con qué frecuencia tienes estas dificultades?

Tu respuesta _____

¿Cómo de intensas son estas dificultades?

Tu respuesta _____

¿Cuánto duran estas dificultades?