



Intervención en un caso de Ansiedad por Enfermedad desde la Terapia Cognitivo-Conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Natalia Lacalle Muñoz de Cuerva

Tutor/a académico: Tatiana Fernández Marcos

Fecha de realización del trabajo: febrero de 2023

Agradecimientos

A mi padre, Luis, por enseñarme que la constancia y el esfuerzo son la clave del éxito. Sé que desde donde te encuentres estarás tremendamente orgulloso de mí. Te quiero muchísimo.

A mi tutora, Tatiana, por su paciencia y motivación constante durante la realización de este trabajo. Ha sido un auténtico privilegio el poder utilizar para mi TFM el caso de una de sus pacientes. Gracias infinitas por todo el aprendizaje que me llevo.

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso clínico de una paciente diagnosticada de Trastorno de ansiedad por enfermedad 300.7 (F45.21) según el DSM-V. La paciente comenzó la terapia de manera voluntaria con niveles elevados de ansiedad y sintomatología depresiva. El proceso terapéutico consistió en 14 sesiones distribuidas a lo largo de 8 meses donde se llevó a cabo la evaluación, el análisis funcional, el tratamiento y el seguimiento. El desarrollo de todo el tratamiento psicológico se realizó bajo el Modelo Cognitivo-Conductual aplicando técnicas como Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Exposición con Prevención de Respuesta, Relajación Progresiva y Respiración controlada. Al finalizar la intervención y tras pasarle diferentes cuestionarios pre y post tratamiento, las mejoras de la paciente fueron claramente significativas.

Palabras clave: Análisis Funcional, Exposición con Prevención de Respuesta, Hipocondría, Trastorno de ansiedad por enfermedad, Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Abstract

This study presents the clinical case study of a patient diagnosed with Anxiety Disorder due to illness 300.7 (F45.21) according to DSM V. The patient voluntarily began therapy with high levels of anxiety and depressive symptoms. The therapeutic process consisted of 14 sessions distributed over 8 months where the evaluation, functional analysis, treatment and follow-up were carried out. The full psychological treatment development was carried out under the Cognitive-Behavioral Model, applying techniques such as Psycho-education, Cognitive Restructuring, Exposure with Response Prevention, Progressive Relaxation and Controlled Breathing. At the end of the intervention and after having the patient go through different pre and post treatment questionnaires, the patient's improvements were clearly significant.

Keywords: Functional Analysis, Exposure with Response Prevention, Hypochondriasis, Illness Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Treatment.

Índice

1.	Introducción	6
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	10
3.	Estrategias de evaluación	11
4.	Formulación clínica del caso	13
5.	Tratamiento	20
6.	Valoración del tratamiento	27
7.	Discusión y Conclusiones	31
8.	Referencias Bibliográficas	34

Índice de Tablas

Tabla 1: Resultados STAI Pretratamiento	19
Tabla 2: Resultados BDI-II Pretratamiento	19
Tabla 3: Resultados WHOQOL-BREF pretratamiento	20
Tabla 4: Objetivos y Técnicas. Plan terapéutico	21
Tabla 5: Fases de Evaluación y Tratamiento. Sesiones	22

Índice de Figuras

Figura 1: Autorregistro	12
Figura 2: Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario WHOQOL-BREF	29

Figura 3: Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario BDI-II	29
Figura 4: Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario STAI estado	30
Figura 5: Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario STAI rasgo	30

1. Introducción

Con la llegada del DSM-V, American Psychiatric Association (APA, 2013), el concepto de hipocondría desapareció, al considerar que incluía un componente peyorativo y que podía afectar a la relación terapéutica. El antiguo trastorno hipocondriaco, como aún es conocido a nivel social, se desdobló en dos trastornos diferenciados: el “Trastorno de síntomas somáticos” y el “Trastorno de ansiedad por enfermedad”, ambos incluidos en el apartado “Trastornos de síntomas somáticos y Trastornos relacionados” del DSM-V.

La primera de estas categorías incluye distintos trastornos que antes se encontraban dentro de los trastornos somatomorfos, e incluye pacientes con diversos síntomas orgánicos con explicación médica. Según el DSM-V (APA, 2013) los pacientes a los que se les asigna este diagnóstico suelen presentar múltiples síntomas somáticos que les producen malestar o pueden llevarlos a tener problemas importantes en su vida diaria. Tal y como menciona el manual, un gran porcentaje de pacientes que antes eran diagnosticados con hipocondría formarían ahora parte de los llamados trastornos de síntomas somáticos. Del mismo modo, en un menor número de casos sería más adecuado utilizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad. Más indicado para personas con ansiedad y preocupaciones patológicas por la salud que no experimentan síntomas somáticos o, en caso de tenerlos, son solamente mínimos (Lacunza et al., 2016).

Todos los trastornos de este capítulo del DSM-V (“Trastornos de síntomas somáticos y Trastornos relacionados”) comparten algo en común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativo en diferentes aspectos de su vida. Por tanto, es muy normal que aparezcan personas con trastornos con síntomas somáticos manifiestos en los centros de atención primaria y en diferentes centros médicos, pero es mucho menos frecuente que aparezcan en centros de psiquiatría o salud mental. Este es el motivo principal por el que los trastornos somatomorfos del DSM-IV se reorganizaron en el DSM-V, para que fuesen de mayor utilidad para los médicos y en el ámbito de atención primaria (APA, 2013). Tengamos en cuenta, que el hecho de que los pacientes no acudan a un centro de salud mental buscando solución a su problema hace que se convierta en un trastorno de difícil abordaje a nivel terapéutico, y que muchos profesionales, hoy en día, lo sigan viendo como una patología resistente al cambio y con difícil pronóstico. Los pacientes que lo sufren muestran gran resistencia a recibir tratamiento en los servicios de salud mental, ya que consideran que su problema tiene carácter exclusivamente físico. Algo que al mismo tiempo dificulta establecer un buen vínculo terapéutico (APA, 2013).

Un hecho evidente es el gran coste que tienen estos trastornos a nivel emocional, relacional e incluso laboral para las personas que los padecen. Ya que llevan asociadas un gran número de visitas a los centros

sanitarios con las consiguientes pruebas médicas posteriores y tratamientos farmacológicos (Barsky et al., 1990; Barsky et al., 2001; Sunderland et al., 2013).

Una vez que hemos explicado la diferencia fundamental entre ambos trastornos, así como sus puntos en común, la atención la vamos a dirigir de manera más concreta a los aspectos asociados al trastorno de ansiedad por enfermedad, ya que es el diagnóstico asignado a la paciente sobre la que se centra el caso expuesto en este trabajo.

Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman enseguida cuando escuchan hablar de enfermedades, cuando se enteran de que alguien se ha puesto enfermo, cuando lo escuchan en las noticias, lo leen en la prensa... Su preocupación por la enfermedad es tal que cuando acuden a centros de atención primaria, donde les hacen todo tipo de pruebas y les aseguran que no tienen nada físico, llegan a poner en duda la certeza médica y no consiguen que sus preocupaciones disminuyan, o si existe algún tipo de alivio, este es de muy corta duración. La preocupación por la enfermedad ocupa un lugar muy importante en la vida de la persona afectando a su vida cotidiana, llegando en ocasiones a evitar diferentes situaciones, como por ejemplo visitar a un familiar enfermo, y/o actividades, como hacer actividad física por miedo a caer enfermos y poner en peligro su salud. En muchas ocasiones buscan consuelo en sus familiares, amigos, o médicos, causando altos niveles de tensión dentro de la familia (APA, 2013).

Según el DSM-V, las estimaciones de prevalencia de este trastorno están basadas en las proyecciones ya definidas en el DSM-III y DSM-IV para la hipocondría, que fluctúan en muestras poblacionales entre el 1,3% y el 10% en tasas de prevalencia a 1 a 2 años de la ansiedad por la salud y/o tener el convencimiento de tener una enfermedad. Del mismo modo, el porcentaje de casos con este trastorno en las poblaciones médicas ambulatorias de 6 meses a 1 año es del 3 al 8%, no encontrándose diferencias significativas entre sexos (APA, 2013).

Con respecto a los factores precipitantes, y según el DSM-V, este trastorno puede estar precipitado por situaciones ambientales como por ejemplo haber sufrido alguna situación estresante importante pero siempre benigna para la salud de la persona. Del mismo modo, haber sufrido una enfermedad grave en la infancia o el haber sido víctima de abusos sexuales pueden llevar a desarrollar este trastorno en la edad adulta (APA, 2013).

Durante la realización de este trabajo, y mientras llevaba a cabo la revisión literaria necesaria, hubo momentos de confusión debido no sólo a la gran comorbilidad que tiene este trastorno con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sino también, por la importancia de tener claro el diagnóstico diferencial, ya que en el caso concreto expuesto en este trabajo surgieron dudas por la existencia de criterios

diagnósticos comunes en diferentes trastornos del DSM-5. Por ello, considero de vital importancia dedicar un espacio de esta introducción a la comorbilidad y al diagnóstico diferencial.

El trastorno de ansiedad por enfermedad puede ir acompañado de trastornos de ansiedad y/o depresivos. El componente somático añade complejidad y gravedad a este tipo de trastornos ya que las preocupaciones por la salud en este tipo de pacientes son tan recurrentes que crean elevados niveles de ansiedad. Del mismo modo, tal y como hemos mencionado con anterioridad, estas personas evitan llevar a cabo actividades cotidianas de la vida diaria (ir al gimnasio, ir a ver a un familiar enfermo...) por miedo a poner en riesgo su salud, pudiendo llegar a provocar un aislamiento que incrementa los síntomas depresivos y ansiosos.

Varios son los cuadros clínicos con los que se ha realizado un diagnóstico diferencial. A continuación, paso a describir los que tienen más impacto en el caso concreto expuesto en este trabajo:

- Otras condiciones médicas: el primer paso es excluir la existencia de una patología orgánica que explique los síntomas del paciente, por lo que es clave comprobar que se ha llevado a cabo un examen médico y detallado (Martínez, 2014).
- Trastorno de ansiedad generalizada: las personas se preocupan por múltiples sucesos, situaciones o actividades, entre los cuales solo alguno podría involucrar a la salud (APA, 2013).
- Trastorno de pánico: al individuo puede preocuparle que los ataques de pánico sean el reflejo de la presencia de una enfermedad médica. Sin embargo, aunque estas personas pueden tener ansiedad por la salud, su ansiedad es típicamente muy aguda y episódica. En el trastorno por ansiedad por enfermedad, la ansiedad por la salud y los miedos son más persistentes y duraderos en el tiempo. Del mismo modo, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar ataques de pánico que se desencadenan por sus preocupaciones de enfermedad (APA, 2013).
- Trastorno obsesivo-compulsivo: Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos obsesivos acerca de padecer una enfermedad y pueden presentar comportamientos compulsivos asociados. Sin embargo, las preocupaciones por lo general se centran en tener una enfermedad. En el trastorno obsesivo-compulsivo los pensamientos son intrusivos y por lo general se centran en los temores de contraer una enfermedad en el futuro. La gran mayoría de los individuos con TOC tienen obsesiones o compulsiones que implican otras preocupaciones además de los temores acerca de contraer una enfermedad (APA, 2013).

Con respecto al tratamiento más eficaz para intervenir en los trastornos de ansiedad por enfermedad, son varias las formulaciones psicológicas llevadas a cabo por diferentes enfoques (familiares, psicodinámicos,

psicología del self, conductual y cognitiva), siendo de las distintas formas de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual la única modalidad de tratamiento que cuenta con investigaciones controladas que avalan sus resultados. Los resultados de estos estudios han facilitado información sobre la eficacia y efectividad de este tipo de terapia. Aun así, parecería demasiado arriesgado afirmar que exista un paquete de tratamiento cognitivo-conductual para este trastorno bien establecido, ya que se desconocen los principios activos responsables del cambio (Fernández y Fernández, 2013).

Es importante señalar que la diversidad de técnicas que se describen como potencialmente eficaces se pueden agrupar en cuatro categorías, tal y como indican R. Fernández y C. Fernández (2003):

1. Enfocadas a reducir las respuestas de ansiedad atenuando la activación autonómica (técnicas de relajación, respiración, hipnosis...) y entrenando a la persona a afrontar situaciones complicadas (manejo del estrés, solución de problemas, entrenamiento en asertividad...).
2. Creadas para extinguir respuestas condicionadas de ansiedad ante situaciones determinadas (exposición y prevención de respuesta).
3. Dirigidas a cambiar las contingencias de reforzamiento que mantienen las conductas aprendidas de la persona, y a desarrollar un comportamiento más adaptativo y funcional.
4. Las que trabajan sobre las distorsiones cognitivas, ya sea desafiando las interpretaciones catastróficas, o mediante el moldeamiento de nuevas reglas verbales exponiendo a la persona a nuevas contingencias con relación a sus sensaciones corporales.

Para determinar cuál es el tratamiento de elección en un caso de ansiedad por enfermedad, se requieren nuevas investigaciones controladas que sometan a prueba la eficacia de los distintos grupos de técnicas que se incluyen en los programas estructurados de tratamiento cognitivo-conductual. Y, más aún, que indaguen las posibles interacciones entre las técnicas y las características de cada paciente. Los programas de tratamiento son una buena guía para la intervención, pero cada técnica que se aplique debe estar justificada por el análisis funcional de cada caso concreto. A veces es necesario añadir, eliminar o adaptar algunas técnicas en función de la situación concreta de cada persona, de sus necesidades y de su historia de aprendizaje. De ahí la importancia de realizar la elección de técnicas a partir del análisis funcional de cada caso concreto (Fernández y Fernández, 2003).

A continuación, se presenta el caso de una mujer de 60 años con un trastorno de ansiedad por enfermedad en el que, partiendo de la evaluación exhaustiva y del análisis funcional de las conductas problema, se aplicó un tratamiento individualizado en el que se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales que dieron como resultado una mejoría muy significativa en la paciente.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Identificación del paciente

Para responder al código deontológico y teniendo en cuenta la Ley Orgánica de Protección de datos, cambiaremos los datos personales de la paciente, así como el de sus familiares con el fin de evitar que pueda ser identificada.

Clara es una mujer de 60 años que trabaja como administrativa en una empresa del centro de Madrid. Está casada con Julián de 65 años y son padres de dos hijos. Elena, la mayor, tiene 36 años, es abogada y vive con su mujer, Inés. Álvaro, el pequeño, tiene 27 años, es ingeniero informático y soltero. La paciente nos transmite sentirse muy orgullosa de sus dos hijos, “ambos han sido muy buenos estudiantes”, y mantener muy buena relación con ambos.

Clara fue diagnosticada de cáncer de mama en el año 2010, y la operaron para quitarle un cuadrante del pecho. Estuvo recibiendo sesiones de quimio y de radioterapia en diferentes momentos del 2011. Durante este tiempo se sintió muy mal porque sus hijos tuvieron que ayudarla y ocuparse de ella en distintos aspectos (ayudarla en casa, llevarla a los médicos...) y se sentía una carga para ellos. De hecho, durante este tiempo, su hija se mudó de nuevo a la casa de los padres para poder estar cerca y ayudar a su madre.

La detección precoz del cáncer de Clara fue muy importante para su curación y en febrero 2012 estaba totalmente limpia y solo debía seguir con las revisiones pertinentes que le mandaron sus médicos, quienes desde el primer momento transmitieron buen pronóstico a la paciente. Desde entonces todos los resultados han sido favorables, sin ninguna señal de reproducción de la enfermedad.

En estos momentos Clara vive con su marido, del que dice ser “un encanto”, y con su hijo Álvaro, en un pueblo del norte de Madrid. Su hijo tiene intención de mudarse pronto, algo que, aunque a Clara le da pena no le produce angustia y considera llevarlo “bastante bien”.

El padre de Clara murió hace unos años tras un ictus, motivo por el que acudió al psicólogo por primera vez. Su madre (85 años) está diagnosticada de Alzheimer y se encuentra en una residencia a 7 km de la casa de la paciente.

Motivo de Consulta

Cuando acude a consulta, Clara refiere que su principal problema es el miedo que siente a que pueda pasarle algo a ella o algún miembro de su familia. Transmite que se encuentra muy preocupada por la pérdida, el dolor, la enfermedad y la muerte, porque “no las controlo”. Le da muchas vueltas a la cabeza llegando a somatizar, acudiendo al hospital y pidiendo diferentes citas médicas. Esto le ocurre desde los 14 años, cuando una compañera del colegio falleció por meningitis. En ese momento “pensé que me podía

pasar, y me imaginaba cómo podían ser los síntomas de la meningitis y lo pasaba fatal”. Llegaba a tener una ansiedad y un miedo extremo que la paralizaban.

Hace 8 meses ha fallecido su tía (hermana de su padre) y se encuentra muy afectada. Desde entonces se encuentra cada vez más preocupada por que le pase algo a ella o alguno de sus hijos, hasta el punto de llevar a cabo gran cantidad de conductas controladoras y compulsiones (ej. tratar de no estar sola, realizar llamadas telefónicas constantes a sus seres queridos, colocar las cosas de una determinada manera...) ya que piensa que de esta manera puede evitar que algo malo pueda ocurrir.

Está constantemente comprobando síntomas y cree que se los causa ella misma “ya no me fio de mis síntomas”. Nos cuenta que lo magnifica todo hasta convertirse en obsesión y generarla una infelicidad y malestar profundos. Del mismo modo, transmite que se anticipa a todo lo malo que pudiera pasar porque cree que así podría evitar que termine pasando.

3. Estrategias de Evaluación

1. Entrevista conductual: Es la herramienta más importante en la práctica psicológica y sin duda la más usada, entre otras cosas, por la facilidad de adaptarla a cada caso y por el papel directivo que tiene durante el proceso de evaluación. Sin duda, la característica más importante de la entrevista conductual es el poder que tiene en el proceso interactivo y en la creación del vínculo terapeuta-paciente. Es clave su utilización para recabar información necesaria y poner en marcha un plan de tratamiento pertinente y adecuado a cada caso. Del mismo modo, es clave dominar esta técnica para dirigir las preguntas y la conversación hasta llegar a datos relevantes que explique el origen, la evolución y el mantenimiento del problema (Fernández Ballesteros y Carrobles, 1988; Vallejo y Ruiz, 1993). El sistema de registro utilizado fue la toma de notas durante cada consulta y la creación de un diario de sesiones.
2. Autorregistro o autoobservación: La observación es la estrategia fundamental de cualquier método científico y una herramienta muy usada para recoger información sobre la conducta. Aun así, en muchas ocasiones, a pesar de ser el método más recomendado en modificación de conducta, resulta imposible de utilizar por ser inviable trasladar observadores al ambiente en el que se lleva a cabo la respuesta a evaluar, o porque las conductas a observar son de carácter encubierto (pensamientos, rumiaciones...). Es en estas situaciones cuando se recurre a que la propia persona se convierta en observador dejando constancia en un autorregistro de la/s conducta/s a observar y de todo lo que ocurre en el contexto.

Entre las ventajas de esta técnica es clave destacar además de su bajo coste económico, su gran valor terapéutico, ya que puede ayudar al paciente a tener mayor motivación al cambio, y el ser una pieza activa del tratamiento, ya que llega a ser útil por sí mismo.

Es de vital importancia asegurarse que el paciente identifica correctamente la/s conducta/s que tiene que observar, comprende las herramientas con las que va a registrar y es consciente de la importancia de recoger datos fiables durante todo el tratamiento (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1988; Vallejo y Ruiz, 1993). En el presente caso, la paciente debía traer a consulta de manera semanal el siguiente autorregistro, en el cual se registraban las diferentes situaciones que le producían malestar.

Figura 1

Autorregistro

DIA	HORA	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ HAGO?	MALESTAR 0-10

3. Cuestionario STAI: “El objetivo de este cuestionario es evaluar la ansiedad como estado (transitorio, momentáneo) y la ansiedad como rasgo (como condición más estable). Está compuesto por 40 ítems divididos en 2 subescalas: rasgo y estado, con respuestas tipo Likert de 0 a 3. Para su corrección se obtiene una puntuación de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada tanto para la subescala de ansiedad-rasgo (coeficiente alfa de Cronbach de 0,90) como para subescala de ansiedad estado (coeficiente alfa de Cronbach de 0,94)” (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1970), en su versión española (Seisdedos, 1982).
4. Cuestionario WHOQOL-BREF (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Versión Breve): “Evalúa la opinión subjetiva sobre la calidad de vida del individuo. Está formado por 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem está compuesto por cinco opciones de respuesta tipo Likert y todos forman un perfil de 4 dimensiones: Salud Física, Salud

Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada (coeficiente alfa de Cronbach de 0,89)” (The World Health Organization Quality of Live; Li et al., 2004). En esta ocasión se utilizó la versión española (Lucas-Carrasco, 1998).

5. Cuestionario BDI-II (Inventario de Depresión de Beck): *“Es el instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre diferentes alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado en las últimas dos semanas. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada (coeficiente alfa de Cronbach de 0,89)” (Beck Depresión Inventory, BDI-II; Beck et al., 1996) en su versión española (Sanz et al., 2003).*

4. **Formulación clínica del caso.**

Tras llevar a cabo la evaluación pertinente, aplicando y analizando las técnicas descritas en el apartado anterior, llegamos a la conclusión de que los síntomas, conductas y problemas presentados por la paciente son compatibles con un **Trastorno de Ansiedad por enfermedad 300.7 (F45.21)**, ubicado en el DSM-V dentro de los llamados trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. La paciente cumple con todos los criterios diagnósticos de dicho trastorno:

Criterios diagnósticos 300.7 (F45.21)

- A. *“Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.*
- B. *No existen síntomas somáticos, o si están presentes, son únicamente leves. Si existe una afección médica, o un riesgo elevado de padecer una afección médica, la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.*
- C. *Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.*
- D. *El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p.ej., comprueba repetidamente si existen signos d enfermedad)*
- E. *La preocupación por la enfermedad ha estado presente durante al menos 6 meses.*
- F. *La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático” (APA, 2013)*

La paciente ha desarrollado miedo y preocupaciones irracionales relacionadas con la salud, y con el miedo a enfermar, que le llevan a anticipar que pueda ocurrirle algo a ella o a las personas de su familia. Tras el análisis de la información recabada mediante la entrevista y los instrumentos de evaluación, se concluye que la paciente muestra altos niveles de ansiedad que hacen que vaya constantemente a urgencias y solicite citas médicas de manera repetida. Clara nos cuenta, y así se ve en los diferentes autorregistros, que cuando los médicos le transmiten que no tiene nada importante disminuyen sus niveles de ansiedad a cero, lo que genera la función de refuerzo negativo (de ahora en adelante identificado como R-, y R+ para refuerzo positivo).

Clara ha desarrollado compulsiones que pone en marcha con el fin de evitar que ocurra algo malo tanto a ella como a sus hijos. Tiene la firme creencia que si coloca las cosas de una determinada manera será menos probable que enfermen, por ejemplo, dejar los pantalones de una determinada manera, mirar el armario 3 veces, colocar las zapatillas de su hijo en paralelo cuando se va de casa para que no le pase nada... Estas compulsiones ayudan a la paciente a reducir la ansiedad de manera inmediata (R-), pero a largo plazo está provocando en ella infelicidad y un malestar continuo. Del mismo modo, la paciente anticipa todo lo malo que pudiera pasar si alguno de ellos enfermara porque piensa que de esa manera puede evitar que termine sucediendo.

Cualquier sensación física es interpretada como síntoma de una enfermedad, hasta el punto de dejar de realizar actividades físicas que hasta ese momento hacía casi de manera diaria (ej. Ir al gimnasio, a nadar, a centros comerciales, acudir a ver a su madre a la residencia...) porque producen en ella una activación que le lleva a pensar que puede poner en peligro su salud. Esta disminución de actividades placenteras está provocando un deterioro en el estado de ánimo de la paciente.

Del mismo modo, nos cuenta que cuando está sola, el miedo ante cualquier activación se multiplica por dos. Por ello, en esos momentos, llama por teléfono a sus familiares, y tanto sus hijos como su marido tratan de arroparla y estar con ella hasta que disminuye su nivel de ansiedad (R+ y R-). “Cuando la ansiedad es muy alta no puedo yo sola. Llamo a mi hija o a mi marido que vienen a estar conmigo y poco a poco voy calmándome”. “Mi marido es un encanto. Está continuamente pendiente de mí, hasta el punto de ir él a ver a mi madre a la residencia porque sabe que a mí el verla en esa situación me produce un nivel de activación que me lleva a pensar que algo malo va a pasar”, “me deja en casa de una amiga para que no esté sola y se va él a ver a mi madre”.

Las *estrategias de afrontamiento* que ante cualquier activación ha desarrollado la paciente, y que a la vez están funcionando como variables mantenedoras del problema, son:

- Evitar estar sola.
- Dejar de hacer actividades que produzcan en ella cualquier nivel de activación (ej. nadar, ir a centros comerciales con mucha gente, acudir a la residencia a ver a su madre...).
- Conductas de control/comprobación (ej. hablar con su hija a diario para comprobar que se encuentran bien).
- Compulsiones (ej. colocar las cosas de una determinada manera cuando su hijo sale de casa para evitar que le pase algo).
- Tomar una tila o un orfidal antes de dormir.

Origen y mantenimiento

El origen del problema de Clara se sitúa cuando la paciente tenía 14 años y una de sus compañeras de clase falleció por meningitis. En ese momento el hecho de pensar en los síntomas que tuvo su amiga le producían una respuesta de ansiedad y preocupación por su salud de manera inmediata. Esto ha provocado en Clara que, ante cualquier síntoma físico desagradable, por un proceso de condicionamiento clásico, aparezca esa misma respuesta de ansiedad y provoque preocupaciones constantes sobre la salud y sobre la posibilidad que ocurra algo malo a ella o a cualquiera de sus familiares.

Este proceso se vio agravado a raíz de los síntomas que producía en Clara la quimioterapia a la que se sometió para tratar el cáncer diagnosticado en 2010, y del que se recuperó totalmente en febrero 2012. En el momento de la terapia acudía a las revisiones pautadas de seguimiento, pero además a citas que solicitaba por su necesidad de alivio .

Desde los síntomas que provocó en ella la quimioterapia, cualquier sensación corporal le provoca una respuesta de ansiedad, preocupación por la salud y pensamientos automáticos negativos del tipo “estos síntomas son debidos a una enfermedad grave”. Es tal el malestar de nuestra paciente que acude al médico para someterse a todo tipo de pruebas. El hecho de que los médicos comprueben su estado de salud y le transmitan que no hay de que preocuparse, hace que disminuya la ansiedad de Clara y mantenga la conducta de acudir al médico cada vez que vuelva a sentir altos niveles de ansiedad (R-).

Por otra parte, sus miedos han provocado una preocupación constante por la salud de sus hijos, y esta preocupación, unido a la creencia de ser la responsable de proteger a sus hijos y “controlar” que nos les ocurra nada, hace que Clara ponga en marcha conductas controladoras (ej. llamar a su hija para comprobar que está bien) y compulsiones (ej. colocar las zapatillas de su hijo para que no le pase nada) que reducen

su ansiedad y le otorgan una sensación de control, produciendo de esta forma que se vuelvan a producir cada vez que comiencen sus miedos y sus preocupaciones (R-).

Por último, son tales los miedos que ha desarrollado Clara que cada vez tiene más pánico a quedarse sola porque piensa que si le ocurriera algo no podría controlar la situación. A raíz de esto, evita el quedarse sola haciendo que su marido la lleve a casa de alguien, o llamando a su hija para que venga a verla y se queda con ella haciéndola compañía. De nuevo, de esta manera Clara consigue no sólo reducir la ansiedad y tener sensación de control, sino también recibir atención por parte de sus seres queridos, aumentando, de esta manera, la probabilidad de seguir evitando el estar sola (R- y R+).

En definitiva, el miedo origen y principal de la paciente a caer enferma se ha ido generalizando a dos niveles; por un lado, a sentir un miedo intenso a que a sus hijos les ocurra algo relacionado con la salud y que pongan en riesgo sus vidas y, por otro, a sentir miedo y ansiedad al quedarse sola y pensar que le va a ocurrir algo y poner en riesgo su vida.

A continuación, paso a exponer los análisis funcionales (a partir de ahora AF) de las 3 áreas problema identificadas y sobre las que trabajaremos con la paciente: preocupación por su salud y por sus síntomas físicos, miedo a que le ocurra algo a sus hijos, y miedo a que le pase algo a ella estando sola. Es importante que tengamos en cuenta que las dos últimas áreas problema son generalizaciones y consecuencias de la primera y principal área problema (preocupación por su salud).

3. Miedo a quedarse sola

Ec

Su marido va a visitar a su madre

Rc

“Si me pasa algo y estoy sola nadie se entera”
“Yo sola no puedo controlarme”

Ed

Ro

C

- Expresa su preocupación por quedarse sola
- Si se queda sola llama a su hija
- Focaliza toda la atención en sus sensaciones, controlando que está bien
- Llama a alguno de sus hijos para sentirse acompañada
- Evita cualquier actividad que pueda activarla lo más mínimo

- Reduce Ansiedad y Malestar **(R-)**
- Sensación de Control **(R+)**
- Atención por parte de su marido **(R+)**

Resultados de los cuestionarios pretratamiento

Tabla 1

Resultados STAI pretatamiento

ANSIEDAD ESTADO	PERCEPTIL	DECATIPO
52	99	10
ANSIEDAD RASGO	PERCEPTIL	DECATIPO
43	95	9

A la vista de los resultados obtenidos, se concluye que la paciente presenta una puntuación de ansiedad estado (condición emocional transitoria) mayor que la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). En ambos casos la paciente presenta altos niveles de ansiedad.

Tabla 2

Resultados BDI-II pretatamiento

PUNTUACIÓN BDI-II	GRADO DE DEPRESIÓN
27	MODERADA

La paciente obtuvo una puntuación total de 27, lo que indica un grado de depresión moderada, atendiendo a las directrices de puntuación de corte.

Tabla 3*Resultados WHOQOL-BREF pretratamiento*

DIMENSIONES WHOQOL -BREF	PUNTUACIÓN
SALUD FÍSICA	60
SALUD MENTAL	60
RELACIONES SOCIALES	36
AMBIENTAL	120
TOTAL	69

Mayores puntuaciones significan mayores niveles de calidad de vida autopercebida. Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre la percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

5. Tratamiento

El proceso terapéutico ha incluido la evaluación, el AF, el tratamiento *ad hoc* para nuestra paciente, y el seguimiento. La evaluación psicológica ha consistido en entrevistas con el psicólogo, así como autorregistros y cuestionarios cumplimentados por parte de la paciente. Tras la evaluación realizada, y el AF, se detallan los objetivos terapéuticos establecidos, así como las técnicas que se aplicaron para cada caso:

Tabla 4

Objetivos y Técnicas. Plan terapéutico

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entender de dónde viene el problema y por qué se mantiene. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación. ✓ Devolución del AF y propuesta de tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Superar las preocupaciones por su salud y por sus síntomas físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructuración Cognitiva. ✓ Exposición con prevención de respuesta. ✓ Psicoeducación sobre la curva de la ansiedad y efecto de la evitación. ✓ Entrenamiento en manejo de la Ansiedad de Suinn (Suinn, 1993). ✓ Exposición a sensaciones físicas condicionadas. ✓ Entrenamiento en Relajación Progresiva. ✓ Entrenamiento Respiración Controlada.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Superar el miedo a que pueda pasarle algo a alguno de sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructuración Cognitiva. ✓ Exposición con prevención de respuesta.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Superar el miedo a quedarse sola en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructuración cognitiva. ✓ Exposición con prevención de respuesta. ✓ Autoinstrucciones. ✓ Control estimular.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recuperar el nivel de activación y aumentar el Estado de Ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Activación conductual con actividades que ha dejado de hacer y con las que disfrutaba (nadar, gimnasio, visitar a su madre...). ✓ Relajación Progresiva. ✓ Respiración Controlada .

La duración de la terapia ha sido de 8 meses, donde las dos primeras fases (evaluación y tratamiento) han consistido en 11 sesiones de una hora, y las sesiones de seguimiento han sido 3 entrevistas de una hora. A continuación, se presenta un resumen del proceso terapéutico (sesiones, técnicas y actividades que se han utilizado):

Tabla 5

Fases de Evaluación y Tratamiento. Sesiones

<i>FASES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO</i>	
<p><u>Sesiones 1ª y 2ª</u></p> <p>Evaluación Inicial y Pretratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semiestructurada (motivo de consulta, observación conductual y anamnesis...). ▪ Explicación de la terapia y psicoeducación. ▪ Autorregistros: explicación detallada y tarea para casa de registro de situaciones de malestar, emociones, pensamientos, conductas y consecuencias. ▪ Batería de cuestionarios: STAI, Inventario de depresión de Beck (BDH I-II), WHOQOL-BREF. ▪ Análisis de objetivos para la terapia junto con la paciente.
<p><u>Sesiones 3ª a 11ª</u></p> <p>Tratamiento Terapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de autorregistros durante todo el tratamiento (situaciones de malestar, compulsiones, niveles de ansiedad...). ▪ Análisis de los resultados de los cuestionarios. ▪ Devolución a la paciente de la hipótesis de origen, hipótesis de mantenimiento y AF de sus conductas problema. ▪ Explicación de la curva de la ansiedad y el efecto de la evitación (EMA). ▪ Explicación y entrenamiento en respiración controlada. ▪ Reestructuración Cognitiva: sobre la utilidad de preocuparse, sobre posibilidad de que le ocurra algo así misma o a otros, sobre la posibilidad de que le ocurra algo estando sola, y sobre su autoexigencia. ▪ Explicación y entrenamiento en relajación progresiva para reducir la tensión muscular. ▪ Exposición con Prevención de Respuesta (a partir de ahora EPR): Interoceptiva, en

	<p>Imaginación y Real. En sesión y como tarea para casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoinstrucciones + Control estimular para trabajar las compulsiones. ▪ Activación conductual: recuperar actividades como ir al gimnasio, apuntarse a baile... ▪ Explicación a la familia sobre el R- y R+ de las conductas problema.
<p><u>Sesiones 12ª a 14ª</u></p> <p>Seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de las técnicas que pone en marcha la paciente y de las conductas problema. ▪ Reforzar buenas prácticas de la paciente.

A partir de los objetivos terapéuticos se seleccionaron las técnicas a aplicar en las diferentes sesiones de tratamiento. Muchas de las técnicas se entrenaban en sesión y se mandaban como tarea para casa. En todas las sesiones se puso en común el trabajo llevado a cabo por la paciente fuera de la terapia, y se valoraron posibles dificultades encontradas, así como la manera de solucionarlas y próximos pasos.

El desarrollo del tratamiento se fundamentó en la Terapia Cognitivo Conductual y la primera fase de este se centró en explicar a la paciente donde se encontraba el origen y el mantenimiento de sus problemas. Para ello, se le explicó de manera detallada el **AF** de su caso y la propuesta de tratamiento. Además, se realizó **psicoeducación** sobre la curva de la ansiedad, y sobre el efecto que tiene la evitación de esta. Se le explicó la utilidad de la ansiedad, características, síntomas que produce, y cómo estos síntomas pueden interpretarse catastróficamente. Se facilitó a la paciente material con toda esta información para que pudiera consultarlo en casa.

La paciente aceptó muy bien la explicación del AF de su caso y transmitió desde un primer momento estar muy de acuerdo con todas las explicaciones dadas sobre el origen y mantenimiento de sus problemas. Del mismo modo, transmitió que, tras leer los materiales facilitados sobre las sensaciones físicas del pánico y su interpretación, no sólo se sintió identificada, sino que se marcó como objetivo “dejar de creer que las sensaciones físicas son peligrosas, para así dejar de tenerlas miedo”.

Durante las siguientes sesiones, y teniendo en cuenta los objetivos a conseguir, se utilizó el **Entrenamiento en Manejo de la ansiedad, EMA** (Suinn, 1993), **Entrenamiento en relajación progresiva** y **Entrenamiento en respiración controlada**. Lo que pretendíamos con estas técnicas es que Clara aprendiera a controlar las respuestas condicionadas de ansiedad.

El **EMA** consiste en exponer al paciente a situaciones que le provoquen síntomas físicos/ansiedad para que aprenda a reconocer la activación desde su inicio y pueda invertir el proceso que se ha convertido en el problema. Si antes de comenzar el tratamiento la paciente percibía la activación como señal (EC) para producir el incremento de esta y poner en marca las conductas de escape (en nuestra paciente llamar a su hija, acudir al médico...), *“el EMA busca el reconocimiento de la activación como aviso para iniciar la relajación (activación como un ED de una R operante de afrontamiento que luchará con la RC de ansiedad)”* (Froxán, 2004).

Dentro del EMA, y para que sea realmente eficiente, es fundamental que antes de mandar al paciente su práctica en casa, el terapeuta realice la práctica dirigida en sesión. Para esto, comenzará la practica en imaginación, y guiará la sesión induciendo verbalmente la activación de la ansiedad y la relajación, con un control máximo en las primeras sesiones que poco a poco se irá pasando al paciente, a medida que el aprendizaje se vaya consolidando (Froxán, 2004).

Dado que el EMA requiere un entrenamiento previo en relajación y respiración, en las siguientes sesiones se comenzó a entrenar a la paciente en consulta en estas dos técnicas.

Se le explica y se práctica con ella la **respiración controlada** y desde el primer momento, y a los pocos minutos de practicar en sesión, su nivel de ansiedad baja de nivel 8 a nivel 6, comentándonos que ya había trabajado la respiración controlada tanto con sus anteriores terapeutas, como en cursos que ha llevado a cabo. Se entregan a la paciente instrucciones escritas sobre respiración controlada, y se pide que practique una o dos veces al día en casa, y que continúe cumplimentando el autorregistro con los niveles de ansiedad pre y post respiración.

El objetivo principal de la **respiración controlada** es enseñar a la paciente a tener un adecuado control voluntario de la respiración en situaciones óptimas, para después, ante situaciones problema, aquellas en las que empieza a identificar sensaciones corporales de ansiedad, pueda generalizar y automatizar ese control (Hazlett-Stevens y Craske, 2003). Algo clave para el adecuado aprendizaje es repetir los ejercicios en el ambiente natural del paciente varias veces al día durante un periodo breve de tiempo (aproximadamente 5 minutos cada vez). Las primeras veces, y para afianzar el aprendizaje, se recomienda practicar en lugares tranquilos y silenciosos que permitan identificar las señales del cuerpo. Luego esta práctica habrá que realizarla en las situaciones habituales del paciente, formando parte de su actividad del día a día (antes de comer, al salir de casa, antes de irse a dormir...). Una vez aprendida la técnica, lo ideal es usarla en cualquier momento, en especial en aquellas situaciones que provoquen mayores niveles de activación (Labrador, 2014).

Durante las siguientes sesiones se continuaron revisando los autorregistros de respiración/ansiedad y a medida que la paciente iba bajando los niveles de ansiedad íbamos aumentando la dificultad para las

siguientes semanas (ej. practicar la respiración controlada con los ojos abiertos, con ruido de fondo, de pie...).

Del mismo modo que se hizo con el entrenamiento en respiración, en la sesión 5ª se pasó a explicar a la paciente qué es la **relajación diferencial** y el porqué de su utilidad. Se realizó en sesión Relajación Progresiva durante 40 minutos (16 grupos musculares), y reaccionó muy positivamente a la relajación muscular, pasando en el primer entrenamiento de una ansiedad de 4 a 0, y al finalizar compartió con la terapeuta que sobre todo había sentido relajación en sus brazos y en sus hombros.

La **relajación diferencial** fue desarrollada inicialmente por Jacobson (1929). El objetivo de esta técnica es que la persona sea capaz de identificar las señales de sus músculos cuando están en tensión para inmediatamente después poner en marcha las habilidades aprendidas para relajarse. Para ello, se enseña al paciente a empezar por tensar los diferentes músculos de forma voluntaria e intensa, y una vez tensados abandonar la tensión ayuda a sentir la relajación de estos, así como la forma de producirla y las diferentes sensaciones que esto provoca. Repitiendo este procedimiento de tensión-relajación, cada vez es más fácil identificar la tensión en cualquier parte del cuerpo, realizando un recorrido mental, y poniendo en marcha la relajación aprendida para esa parte del cuerpo en tensión. Finalmente, esto consigue una relajación de una parte o de todo el organismo (Labrador, 2014).

La sesión 6ª se centró, además de en revisar autorregistros y resolver dudas, en trabajar en **Reestructuración Cognitiva** con la paciente. Se explicó el Modelo A-B-C, es decir, lo que pensamos o creemos en un determinado momento, causa nuestras emociones (malestar, angustia, miedo...), y en ocasiones nos hacen sufrir creencias automáticas no basadas en la realidad (no racionales). Del mismo modo, se trabajó con diferentes creencias de la paciente (“yo sola no puedo controlarme”, “puede pasarle algo a mi familia o a mí misma sino coloco los zapatos de una manera determinada”...) exponiendo cómo podemos saber si dichos pensamientos son irracionales al preguntarnos sobre su evidencia, su utilidad, la intensidad de la emoción que generan y la forma en la que están expresados (Beck, 1984).

Antes de comenzar la **Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)** se evaluó en sesión si existían mecanismos de escape cognitivo ante la ansiedad, como por ejemplo, pensar en algo para distraerse o tratar de centrar su atención en otra cosa, ya que lo que se busca con la EPR es enfrentarse de manera deliberada al objeto o idea temida (en el caso de nuestro estudio, a las sensaciones físicas que siente la paciente, y/o a los pensamientos de que algo malo pueden ocurrirle a ella o algún miembro de su familia) sin posibilidad de escapar mediante las estrategias de afrontamiento establecidos por la paciente antes del tratamiento (compulsiones, evitar quedarse sola, llamar a un familiar, ...), y lo que se evaluó es que no existían herramientas de escape cognitivas.

Del mismo modo, la paciente fue animada por su terapeuta a no poner en marcha sus estrategias de escape/evitación, y se le recordó lo trabajado en la primera sesión de tratamiento; el papel adaptativo de

la ansiedad, su forma de manifestarse (fisiológica, motora y cognitivamente) y como la evitación y los rituales de comprobación influían activamente en el mantenimiento de sus problemas (Manera, 2015).

En esta parte del tratamiento fue clave que la paciente trabajase con su familia para que entendieran como estaban apoyando a que se mantuvieran los problemas. Tras lo visto en sesión con su terapeuta, les explicó como estaban reforzando las conductas que se trataban de extinguir (ayudándola a no estar sola, acompañándola a los médicos, haciendo las cosas por ella, llamándola diariamente por teléfono para que pudiese comprobar que estaban bien...), así como nuevas formas de actuar.

Previo a la primera sesión en EPR, la paciente continuó practicando la relajación progresiva y la respiración controlada, y siguió cumplimentando los autorregistros antes y después de practicar. En cada nueva sesión la terapeuta fue revisando los autorregistros y aumentando la dificultad para ambas técnicas siempre que Clara hubiese practicado y mejorado los niveles de ansiedad. Una vez que la paciente consiguió disminuir sus niveles de ansiedad de manera significativa (a 2 o menos), y comenzó a hacer cosas sola (ej. ir a la residencia a ver a su madre), se comenzó en sesión con la EPR.

Para empezar a practicar EPR se comenzó por explicar a la paciente la técnica en sí, y se le dio la instrucción de registrar mediante un palito cada vez que pusiese en marcha cualquier estrategia de afrontamiento que le ayudase a huir de la ansiedad (ej. pedir a sus familiares el no quedarse sola, llamar a su hija/o para tranquilizarse o no sentirse sola, ordenar las zapatillas para tratar de evitar que le pasase algo a su hijo...).

En las siguientes sesiones se continuó trabajando **EPR** de manera escalonada, empezando por **exposición interoceptiva**, luego con **exposición en imaginación** (ej. “imagínate que tienes síntomas de enfermedad y no puedes ir al médico”, “imagínate que estás en tu casa sola”...), y terminando con **exposición a situaciones reales** (ej. no saber si sus hijos están 100% a salvo, quedarse sola...). En todas las situaciones en las que fue posible se practicó primero en sesión y luego como tarea para casa.

“Para trabajar la **exposición interoceptiva** se expuso a la paciente a las sensaciones físicas desagradables por medio de la inducción voluntaria de los estímulos psicofisiológicos temidos en un lugar seguro (la consulta del terapeuta). Se buscaba que la paciente se expusiera prolongadamente a las sensaciones temidas, sin emitir conductas de escape, y se diera cuenta de que los pensamientos atemorizantes eran injustificados. Se dio por concluida la sesión sólo cuando esas sensaciones habían desaparecido. El resultado que se buscaba era desconectar las sensaciones corporales de las reacciones de pánico (Bados, 2006; Botella y Ballester, 1992; Echeburúa et al., 2008).

A partir de trabajar la exposición interoceptiva en sesión se le pauta realizar los mismos ejercicios en casa y se realiza junto con la paciente una jerarquía de estímulos temidos. Con esta jerarquía se busca ir exponiendo poco a poco, pero de forma sistemática (primero en sesión, luego en casa, luego en actividades

cotidianas, posteriormente en actividades que había dejado de hacer como ir al gimnasio o a clases de baile...).

Poco a poco Clara fue dándose cuenta de que el problema en sí no eran las sensaciones internas que tenía, sino el focalizar la atención en esas sensaciones y la interpretación que hacía sobre ellas.

Del mismo modo, se trabajaron las **compulsiones** que Clara llevaba a cabo para relajarse, ya que pensaba que de esta manera se protegía a ella y/o a sus hijos (ej. colocar los zapatos de una determinada manera, entrar en el cuarto de su hijo y comprobar que tiene los bolis y los papeles bien colocados...). Se trabajó en sesión mediante **reestructuración del pensamiento** y se le dio la instrucción de que cuando quisiera colocar algo se dijese a sí misma (**autoinstrucciones**) que colocar no iba a influir en el destino. Si aun así no era capaz de evitar colocarlo, debía hacerlo a partir de las 7 de la tarde . De esta manera se buscaba que dejase de asociar el colocar los objetos con una reducción de la ansiedad.

En las últimas sesiones de tratamiento, y dada la evidente mejoría de la paciente, se trabajó con Clara para que volviese a realizar aquellas actividades que había dejado de hacer porque le preocupaban las sensaciones internas que le generaban (ej. ir al gimnasio, ir a bailes de salón, ir a la piscina...). Al comenzar a enfrentarse de nuevo a estas actividades la paciente transmitió que aplicando relajación y/o respiración conseguía disminuir casi a cero sus niveles de ansiedad.

Se realizaron tres **sesiones de seguimiento** donde la paciente transmitió que le funcionaban muy bien las técnicas y ejercicios aprendidos. Se encontraba muy orgullosa de sí misma por todos los avances que había llevado a cabo a raíz de la terapia. Empezaba a disfrutar más de las cosas y a estar satisfecha porque sentía tener herramientas para manejar las diferentes situaciones que le producían ansiedad. En todo momento se reforzó a Clara por su esfuerzo y por cada uno de sus avances.

Se le pasaron de nuevo los tres cuestionarios iniciales y se observaron mejoras significativas en sus niveles de ansiedad y en su sintomatología depresiva.

6. Valoración del tratamiento

Durante todo el tiempo que duró el tratamiento la paciente presentó alta motivación al cambio y una actitud muy colaboradora con todo lo que su terapeuta le iba indicando. El compromiso que mostró la paciente desde la primera sesión hasta la última se vio reflejado no sólo en los resultados finales del proceso terapéutico, sino también semana a semana, donde se pudo comprobar como la paciente llevaba a cabo de manera rigurosa todas las tareas que tenía que practicar fuera de sesión, a pesar de la dificultad intrínseca de muchas de ellas.

El sufrimiento que la paciente arrastró durante años fue clave para que se tomara tan en serio la terapia y quisiera acabar de una vez por todas con las sensaciones desagradables que la llevaban a vivir en un estado continuo de ansiedad, desesperanza y miedo. Sin embargo, por otra parte, el llevar tantos años con los mismos problemas podía ser una desventaja para conseguir los objetivos marcados, ya que su entorno, tanto laboral como familiar, había facilitado y normalizado sus miedos. De hecho, para superar los problemas de Clara fueron clave dos aspectos. En primer lugar, trabajar con la familia y hacerles entender que ellos también debían poner en marcha cambios importantes dejando de reforzar ciertas conductas de la paciente. En este punto, cabe mencionar que no se trabajó directamente con la familia en sesión, sino que la paciente era quien les transmitía cada una de las recomendaciones y colaboraciones que tenían que ir poniendo en práctica según lo trabajado con su psicoterapeuta en consulta. Por ejemplo, el solicitarles que dejaran de acompañarla, que la permitieran estar sola, etc. Y, en segundo lugar, trabajar al ritmo adecuado para evitar que la paciente rechazara el tratamiento. Es normal que durante las primeras sesiones mantuviera altos niveles de motivación, pero también podía ocurrir que al comenzar con la técnica de EPR la motivación pudiese bajar. Por este motivo, y para mantener la correcta adhesión al tratamiento, fue vital trabajar a un ritmo lento, asegurando en todo momento que la paciente afianzase las técnicas de relajación progresiva y respiración controlada. Era primordial que se sintiese cómoda al ponerlas en práctica y dejase de utilizar las estrategias de afrontamiento que estaban manteniendo su problema (ej. no estar sola, llamar a sus hijos, colocar objetos...).

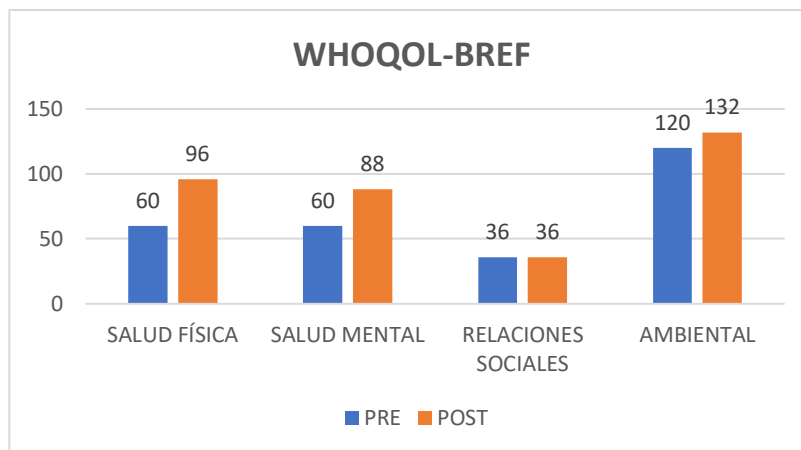
Desde la tercera sesión, donde se le devolvió el AF y comprendió el origen y mantenimiento de sus problemas, se mostró muy agradecida y transmitió estar de acuerdo con todas las explicaciones que se le habían dado. Este punto ayudó a que la paciente acudiera a las sesiones ilusionada por seguir avanzando y mostrando plena confianza en su terapeuta. El vínculo establecido entre paciente y terapeuta, sin duda fue la herramienta clave para la correcta evolución del procedimiento. De hecho, confiaba tanto en su terapeuta que cualquier tarea que le mandase la realizaba a pesar de lo que le pudiese costar.

Por otra parte, el hecho de facilitar a la paciente material donde se le explicaba el porqué de sus miedos la ayudó no sólo a sentirse identificada y comprendida, sino también a entender la naturaleza de su enfermedad y ampliar las posibilidades de curación desde el primer momento. Está claro que la psicoeducación en muchas ocasiones es terapéutica en sí misma, ayuda a aceptar lo que está sucediendo y mejora la autoestima y autoconcepto del paciente.

Por último, los resultados pre y post tratamiento de los cuestionarios mostraron una mejoría muy significativa de la paciente, tal y como se puede ver en las figuras 2, 3, 4 y 5.

Figura 2

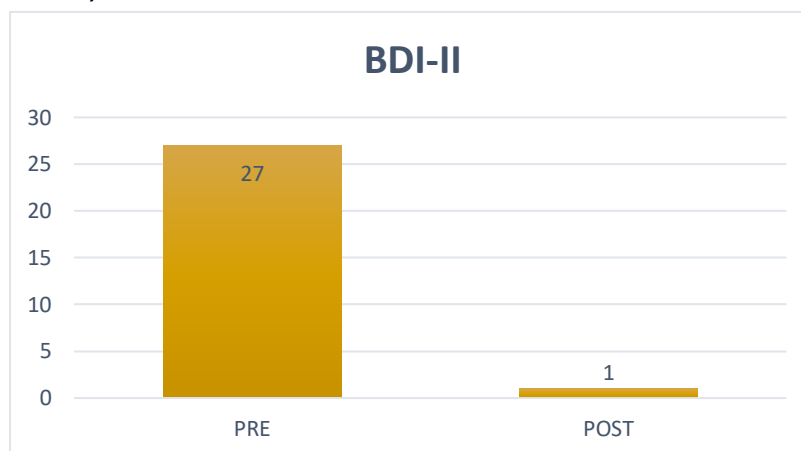
Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario WHOQOL-BREF



Los resultados post- tratamiento muestran una mejor percepción por parte de la paciente en tres de las cuatro dimensiones de las que se compone la calidad de vida percibida. Por tanto, se obtiene una puntuación sobre la percepción de calidad de vida global y salud general (88) por encima de la obtenida tras la aplicación pre- tratamiento (69).

Figura 3

Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario BDI-II:



Los resultados post- tratamiento muestran una mejora muy significativa, pasando de una puntuación de 27 (depresión moderada) a una puntuación de 1 (depresión mínima), siendo el único ítem con puntuación el que hace referencia a los cambios en el patrón del sueño. Puntuado de la misma forma en ambas ocasiones (pre y post).

Figura 4

Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario STAI estado

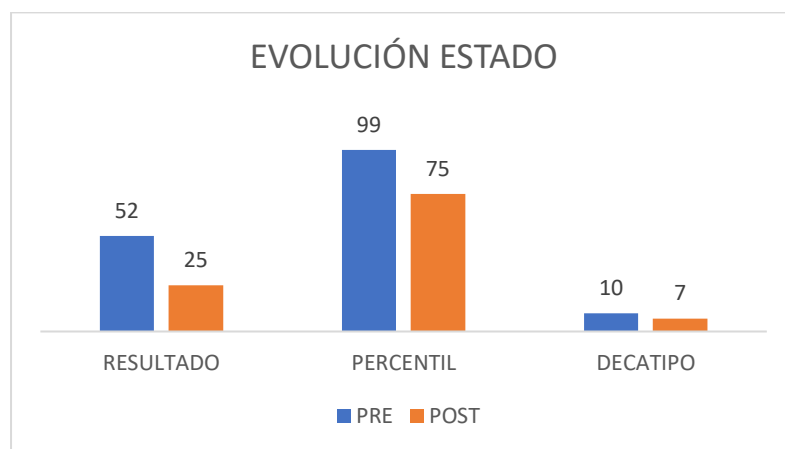
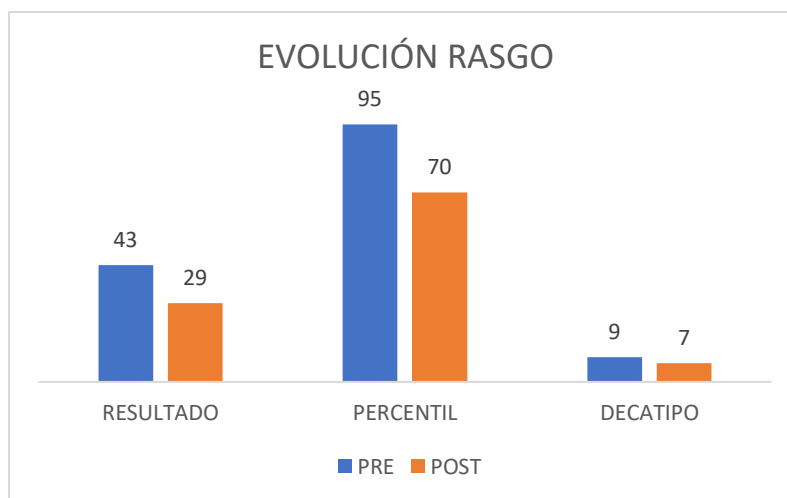


Figura 5

Gráfico de los resultados Pre y Post del cuestionario STAI rasgo



Los resultados post-tratamiento muestran una mejora muy significativa. Las puntuaciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo son menores en la segunda aplicación, tal y como se puede observar en los gráficos anteriores.

7. Discusión y conclusiones

El no haber llevado directamente el caso expuesto, no me ha impedido el sentirlo casi como mío por el estudio tan profundo llevado a cabo para la realización de este trabajo. El caso de Clara me fue facilitado por mi tutora, Tatiana, doctora en psicología que llevo a cabo todo el procedimiento: la evaluación, el análisis funcional, el tratamiento y el seguimiento.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que la intervención llevada a cabo ha sido eficaz. Los datos muestran una evidente disminución del malestar inicial de la paciente al mejorarse los altos niveles de ansiedad, su bajo estado de ánimo, y la alteración que sufría en su funcionamiento cotidiano. Estos resultados se apreciaron en las medidas post- tratamiento, en las propias verbalizaciones de la paciente, y en los cambios llevados a cabo en la vida de Clara, quien retomó actividades de su vida diaria que había dejado abandonadas por los miedos condicionados a cada una de estas tareas. Estos datos apoyan la idea de que el tratamiento cognitivo conductual puede ser eficaz para el abordaje de esta patología.

Desde mi punto de vista, el éxito principal de esta intervención está no solo en el hecho de partir del análisis funcional para decidir los objetivos y las técnicas a aplicar, sino también en el orden en el que se aplican las técnicas seleccionadas y en el tiempo que se dedica a asegurar que la paciente afianza cada aprendizaje antes de pasar al siguiente paso, algo fundamental por ejemplo en el caso de la técnica de EPR. Antes de exponer a nuestra paciente a situaciones interoceptivas que con mucha probabilidad iban a provocar respuestas de evitación, se aseguró que dominara técnicas necesarias como EMA, relajación progresiva y respiración controlada, ya que sin estas herramientas hubiese sido muy complicado para Clara dejar de poner en práctica las respuestas de huida que acostumbraba a utilizar. Por tanto, considero que estas técnicas han sido fundamentales para el abordaje del caso. Durante la intervención la terapeuta no sólo se fue adaptando al ritmo de la paciente, sino que antes de pasar al siguiente paso/técnica se aseguraba que los/las anteriores estaban afianzados. Aspecto clave para el éxito de la terapia.

Una de las ventajas fundamentales de partir del análisis funcional es entender que las creencias y las formas de actuar de nuestra paciente con respecto a sus miedos y a sus preocupaciones estaban tremendamente arraigadas, ya que el origen de sus problemas se encontraba en su niñez, y durante el resto de su vida fueron apareciendo situaciones importantes que fueron afianzando sus miedos. Ante esto Clara va aprendiendo estrategias de afrontamiento desadaptativas que la llevaban a alivios momentáneos de ansiedad y a ir cronificando su problema. Hago hincapié en este punto porque considero que para la mejora

de Clara fue fundamental explicar a la paciente el análisis funcional de su problema y dedicar tiempo a realizar psicoeducación. Recordemos que cuando hablamos de psicoeducación nos referimos a aportar al paciente información detallada sobre el origen de sus problemas, de los mecanismos que los mantienen, y de las posibles consecuencias de estos. Centrándonos en la ansiedad que sufre nuestra paciente, la psicoeducación es imprescindible debido a que las personas ansiosas tienen a interpretar de forma distorsionada las señales físicas del cuerpo y tienen a suponer los peores desenlaces imaginables ante sus somatizaciones (Bregman, 2006). Para algunos pacientes la psicoeducación en sí misma, el entender el porqué de sus problemas, tiene una enorme función terapéutica y provoca una mayor motivación al cambio.

Otros aspectos que desde mi punto de vista han sido fundamentales para la obtención de resultados satisfactorios han sido:

1. Fuerte vínculo establecido entre la paciente y la terapeuta.
2. Trabajar con la familia de la paciente para que entendieran como estaban apoyando a que se mantuvieran los problemas de Clara. En este punto, tal y como he comentado anteriormente, todas las explicaciones que recibió la familia, así como las peticiones de cambio, se llevaron a cabo a través de la propia paciente, siendo ella quien, tras lo aprendido en sesión, les explicó en detalle como estaban reforzando las conductas que se trataban de extinguir (ayudándola a no estar sola, acompañándola a los médicos, haciendo las cosas por ella, llamándola diariamente por teléfono para que pudiese comprobar que estaban bien...), y les explicó nuevas formas de actuación ante sus peticiones tranquilizadoras.
3. Emplear la reestructuración cognitiva no sólo para ayudar a la paciente a analizar y cambiar las interpretaciones que realizaba ante sus sensaciones corporales, sino para trabajar con ella las distorsiones cognitivas acerca de la responsabilidad que se asignaba a sí misma sobre la salud de sus hijos y sobre su necesidad de controlar aspectos incontrolables.
4. Trabajar mediante autoinstrucciones las conductas tranquilizadoras que Clara llevaba a cabo para protegerse a ella y/o a sus hijos (ej. colocar los zapatos de una determinada manera, entrar en el cuarto de su hijo...). Al conseguir que no pusiese en práctica la conducta de manera inmediata dejó de asociar el colocar los objetos con una reducción de la ansiedad.
5. Trabajar la activación conductual para que volviese a hacer aquellas actividades que había ido dejando (acudir al gimnasio, ir a ver su madre a la residencia...) y que estaban afectando al bajo estado de ánimo de la paciente.

Aunque en el caso expuesto en este trabajo las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas, considero que podrían haberse incluido técnicas de las llamadas terapias de tercera generación, que desde mi punto de vista podrían haber ayudado a que la paciente tomase conciencia de la inutilidad de algunas de sus conductas de manera más rápida y fácil. Por ejemplo, creo que hubiese sido útil trabajar

los pensamientos de Clara a través de la Defusión Cognitiva, enseñándola a tomar distancia de sus pensamientos, a verlos como lo que son, pensamientos, y no realidad, sin luchar contra ellos ni huir de los mismos.

Del mismo modo, el trabajo en valores podría haber ayudado a que Clara analizara qué tipo de vida estaba llevando a cabo, si estaba viviendo una vida satisfactoria acorde a sus valores, o si por el contrario esta patología la estaba alejando de lo que realmente quería que fuese su vida.

Por último, y considerando que nuestra paciente vivió un trauma de niña con el fallecimiento de su amiga con Meningitis, quizá también podría haber sido de gran utilidad trabajar con EMDR, abordaje psicoterapéutico que en los últimos años ha tenido un gran número de estudios que avalan su eficacia para diferentes tipos de patología. Es un modelo psicoterapéutico que se basa en los procesos psiconeurobiológicos y consiste en la estimulación sensorial bilateral en forma alternada a través de movimientos oculares.

En conclusión, creo que en ocasiones es muy adecuado trabajar técnicas de distintas orientaciones al mismo tiempo. De hecho, desde mi juicio clínico, me gusta comparar los beneficios de la orientación integradora con los del análisis funcional. En función de cada persona, de sus características, de su histórico y de su caso en concreto, se aplicarán las técnicas que mejor se adecuen a esa persona con independencia de la orientación. Eso sí, para ello es necesario e imprescindible estar debidamente formado en la técnica a aplicar.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1994-1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2006). *Pánico y Agorafobia*. Pirámide.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., y Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705–15.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L., y Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89–94.
- Beck, A. (1984). *Terapia Cognitiva para la depresión*. Desclee de Bouwer.
- Beck, A., Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. APA PsycTests.
- Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15(2), 135-139.
- Botella, C. y Ballester, A. (1992). Aplicación del Programa Terapéutico de Clark a un caso con Trastorno de Pánico. *Psicothema*, 4 (69-88).
- Echeburúa, E., Corral, P., y Ortiz, C. (2008) Técnicas de exposición. En F. J. Labrador (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-286). Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J. (1988). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Fernández Marín, R. y Fernández Rodríguez, C. (2013). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la hipocondría en Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en hipocóndria* (pp. 175-216). Ediciones Pirámide.
- Froxán, M. X. (2004). Aplicación del entrenamiento en manejo de ansiedad a un problema de ansiedad generalizada en *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 113-134). Pirámide.
- Hazzlett-Stevens, H. Y Craske, M. G. (2003). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques en O'Donohue, W., Fisher, J. E. Y Hayes, S.C. (eds), *Cognitive behavior therapy*. Hoboken.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F. J., y López, A. B. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Labrador, F.J. (Ed.). (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Pirámide.

- Li, L., Young, D., Xiao, S., Zhou X. y Zhou, L., (2004). Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 7.
- Lacunza Juangarcía, C. I., Díaz Leiva, F. J., y Ardanaz Elcid, (2016). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondriaco severo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 79-99.
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Ergón.
- Martin, G. y Pear, J. (Ed.). (2008). *Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Prentice Hall.
- Martínez, M. P. (2014). Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados en Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A., *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 496-526). Ediciones Pirámide.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. *Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280
- Seisdedos, N. (1982). *Adaptación española del STAI - Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Sunderland, M., Newby, J. M. y Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56–61.
- Vallejo, M.A y Ruiz M.A. (1993). *Manual práctico de Modificación de Conducta*. Fundación Universidad-Empresa.