



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2021/2022
Convocatoria Junio



Modalidad: Estudio de caso

Título: Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad por enfermedad asociado al Covid-19.

Autora: Nuria Pérez Luque

Tutor: Diego Maciá Antón

Elche a 20 de junio de 2022

Índice

1. Resumen y palabras clave.....	2
2. Introducción.....	3
3. Método.....	5
3.1. Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema.....	5
3.2. Estrategias de evaluación.....	7
3.3. Formulación clínica del caso.....	8
3.4. Tratamiento. Objetivos, elección y aplicación.....	11
4. Resultados.....	18
5. Discusión.....	20
6. Referencias.....	21
7. Anexos.....	28
Figura 1.....	10
Tabla 1.....	14
Figura 2.....	18
Figura 3.....	19
Anexo 1.....	28
Anexo 2.....	29
Anexo 3.....	29
Anexo 4.....	30
Anexo 5.....	30
Anexo 6.....	31

Resumen

El presente informe expone una intervención psicológica de un caso de trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE) asociado al coronavirus en una mujer adulta de 34 años. Este trastorno se caracteriza por la presencia de una ansiedad elevada debida a la preocupación por contraer o padecer una enfermedad grave (en este caso, el Covid-19) sin que existan síntomas somáticos reales. Asimismo, la sintomatología del TAE incluye la realización excesiva de conductas de comprobación y reaseguración respecto al propio cuerpo. El tratamiento consistió en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) basada en técnicas de reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta, disminución de la activación fisiológica, auto prohibiciones y entrenamiento en distracción. Asimismo, se realizó una sesión con la pareja de la paciente a fin de trabajar la comunicación asertiva. Se evaluó antes y después de aplicar dicho tratamiento mediante el IAS, el SCL-90-R, el BDI y el SHAI. Tras finalizar la terapia, se obtuvo una disminución significativa de las conductas-problema de la sujeto y de su nivel de ansiedad por la salud. Ello sugiere la eficacia de la TCC en el tratamiento del TAE asociado al Covid-19.

Palabras clave: Experimento caso único; Terapia Cognitivo Conductual; Trastorno Ansiedad por Enfermedad; Hipocondría; Coronavirus; Covid-19.

Introducción

Nuestra sociedad actual se encuentra en una situación histórica extraordinaria de crisis sanitaria mundial ante la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (Bao et al., 2020). En consecuencia, se ha generado un significativo impacto psicológico en la salud mental de la población general (Ovalle-Quiñones y Vásquez-Tirado, 2020; Xiao, 2020). De hecho, las investigaciones indican la aparición de diversas psicopatologías tales como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastorno de estrés postraumático y trastorno de síntomas somáticos (González-Rodríguez y Labad, 2020). No obstante, cabe destacar que factores como la alta capacidad de transmisión del coronavirus, la elevada patogenicidad asociada a las diversas mutaciones genéticas del mismo y la falta de un tratamiento definitivo pueden contribuir en mayor medida a la aparición del trastorno de ansiedad por enfermedad, antiguamente conocido como hipocondría (Lee y Crunk, 2020). En este sentido, debido al significativo solapamiento producido entre los diversos trastornos somatomorfos, junto con el recurrente cuestionamiento de la hipocondría como entidad nosológica independiente, ambas categorías diagnósticas fueron eliminadas en el DSM-5 y sustituidas por el trastorno de síntomas somáticos (TSS) y el trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE) respectivamente (APA, 2014; Muñoz y Jaramillo, 2015). Se estima que el trastorno de síntomas somáticos englobaría actualmente a la gran mayoría de los casos diagnosticados de hipocondría, mientras que solamente el 25% de los mismos encajarían a día de hoy en el trastorno de ansiedad por enfermedad (Bailer et al., 2016).

Ambas entidades se diferencian fundamentalmente en dos aspectos: por un lado, la presencia de síntomas somáticos, característica exclusivamente del trastorno de síntomas somáticos; y por otro lado la preocupación desmedida por padecer o contraer una enfermedad grave, la cual solo es típica del trastorno de ansiedad por enfermedad (APA, 2014). Asimismo, el TAE se caracteriza por una ansiedad considerable sobre la enfermedad y la salud, así como por la realización excesiva de conductas de comprobación de los propios síntomas corporales junto con constantes comportamientos de reaseguración con tal de reducir la sensación de ansiedad, dando como resultado a un mantenimiento de los niveles de la misma a largo plazo (Bouman, 2014).

Una de las conductas de seguridad características recientemente investigada es la denominada cibercondría (White y Horvitz, 2009), una nueva problemática descrita como la ansiedad ocasionada por la búsqueda excesiva y repetitiva de información sobre problemas de salud a través de internet (Starcevic, 2017). La cibercondría consta de cuatro dimensiones: (1) exceso de búsquedas repetitivas online de información médica, (2) con el objetivo de tranquilizarse, (3) produciendo un incremento de la angustia y (4) una interrupción de la vida cotidiana (Ovalle-Quiñones y Vásquez-Tirado, 2020).

Por otro lado, la asociación de dicha sintomatología específicamente al coronavirus ha dado lugar a la denominación de la coronafobia (Asmundson y Taylor, 2020). Este constructo recientemente adoptado por la comunidad científica todavía requiere de mayor investigación acerca de los factores psicológicos de vulnerabilidad asociados, así como de su relación con la desinformación y la xenofobia (Asmundson y Taylor, 2020).

En cuanto a la prevalencia del TAE, actualmente no se dispone de datos epidemiológicos concluyentes debido a la reciente introducción del trastorno como categoría diagnóstica, añadido a la falta de una correcta conceptualización del antiguo trastorno hipocondríaco (Juangarcía et al., 2016; Noyes, 1999). No obstante, es bien sabido que el trastorno de ansiedad por enfermedad conlleva importantes costes económicos asociados a la utilización de los diversos recursos sanitarios (Fink et al., 2010; Rodríguez-Quiroga, 2017). Además, este trastorno presenta una alta comorbilidad con otras psicopatologías, especialmente con el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la personalidad y depresión (Gimeno y Gascó, 2005; Torales, 2017).

La etiología del trastorno abarca 3 modelos explicativos principales compatibles entre sí. En primer lugar, la teoría conductual, que considera las comprobaciones y conductas de reaseguración como conductas operantes de escape y evitación adquiridas por condicionamiento (Gimeno y Gascó, 2005). En segundo lugar, el modelo cognitivo, el cual añade la interpretación errónea de las sensaciones corporales como resultado de la formación de creencias disfuncionales sobre la salud procedentes de la historia de aprendizaje del sujeto (Abramowitz et al., 2002; Salkovskis y Warwick, 2001). El tercer modelo propone la existencia de un estilo somático amplificador, el cual se refiere a que los pacientes con este trastorno se caracterizan por presentar un umbral bajo ante las sensaciones somáticas, es decir, una mayor sensibilidad frente a estímulos corporales propios (Barsky y Wyshak, 1990; Gimeno y Gascó, 2005).

Respecto a los posibles tratamientos psicológicos eficaces para el TAE, la literatura científica destaca la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como la herramienta de mayor éxito terapéutico (Botella y Martínez-Narváez, 1997; Bouman, 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2021; Juangarcía et al., 2016; Márquez et al., 2015; Olatunji et al., 2014; Rodríguez-Quiroga, 2017; Rodríguez y Martínez, 2001). No obstante, en la actualidad todavía son muy escasos los estudios científicos controlados sobre el tratamiento de este trastorno (Bouman, 2014; Rodríguez y Martínez, 2001; Thomson y Page, 2007) y existe falta de consenso respecto a cuáles son los componentes de la TCC más eficaces (Bouman, 2014).

En este sentido, a finales del siglo pasado comenzaron a desarrollarse diversos programas estructurados de orientación cognitivo-conductual para abordar los problemas hipocondríacos, entre los cuales destaca el de Salkovskis y Warwick (1986). Éste está centrado en la exposición a sensaciones corporales, la prevención de respuesta de las conductas de comprobación y reaseguración y la modificación de las creencias disfuncionales (Martínez et al., 1997).

Si bien dicho programa cuenta con algunos estudios controlados que demuestran su eficacia en el tratamiento de la hipocondría (Gimeno y Gascó, 2005; Visser y Bouman, 2001; Warwick et al., 1996), a día de hoy no se dispone de ninguna investigación en la que ese paquete de tratamiento haya sido aplicado en un caso de ansiedad por enfermedad asociado al coronavirus.

Por ende, el objetivo que persigue este informe es proporcionar un mayor conocimiento científico acerca de la eficacia de la TCC basada en el programa de Salkovskis y Warwick (1986) en el tratamiento de un caso de TAE asociado al coronavirus.



Método

Identificación de la paciente

Se trata de una mujer española con un alto nivel educativo, de 34 años de edad, casada desde hace 6 años y con un hijo de 4 años, el cual conforma junto con su marido su círculo familiar de convivencia. Los tres habitan en el centro de la provincia de Alicante y presentan un nivel socioeconómico medio-alto. Además, la paciente identifica como figuras importantes en su entorno familiar a su hermana menor y a su madre.

En lo que al ámbito laboral se refiere, la paciente trabaja como abogada, si bien actualmente lleva 8 meses de baja por ansiedad tras el fallecimiento de su padre. Asimismo, durante este periodo de tiempo la paciente ha estado tomando fármacos ansiolíticos (Paroxetina y Diazepam) bajo prescripción de su médico de cabecera. En este sentido, la paciente también recibió dicha medicación a principios del año 2020 por motivos de ansiedad asociada al estrés laboral al comienzo de la pandemia por coronavirus.

Por otro lado, a nivel social destaca una reducción de la cantidad y calidad de las relaciones de amistad de la paciente junto con una disminución de su actividad social en general. Finalmente, no constan antecedentes familiares con psicopatologías ni tratamientos psicológicos recibidos con anterioridad.

Motivo de consulta

La paciente acude a consulta a petición de su hermana y su marido debido a su progresivo aislamiento en una de las estancias de la casa desde hace 5 meses. Los familiares describen un creciente aumento durante el último mes de los niveles de ansiedad de la paciente asociado a una preocupación excesiva por contraer y contagiar el virus covid-19 (especialmente a su hijo). Asimismo, la sintomatología más reciente descrita incluye visitas frecuentes de la paciente a los servicios de urgencias, autoaplicación de tests de antígenos varias veces al día, medición constante de la temperatura, compra online y uso compulsivo de mascarillas, guantes y productos desinfectantes (geles, lejía...), lavado excesivo de manos, pensamientos catastrofistas asociados a la muerte por coronavirus y evitación del contacto social incluso con familiares cercanos. En este sentido, se observa una falta de introspección del problema por parte de la paciente, quien justifica dicha preocupación y expresa gran aflicción ante la convicción de que pronto morirá a causa del covid-19 y dejará a su niño huérfano. Por tanto, se aprecia una considerable resistencia al cambio.

Historia del problema

La situación problemática se originó a raíz de la llegada del coronavirus a España al inicio del año 2020. La paciente comenzó a desarrollar cierta sintomatología ansiosa como insomnio, tensión muscular y una disminución significativa de su rendimiento laboral. Ante esta situación, la paciente acudió al médico de su centro de salud y éste le recetó un tratamiento farmacológico, mejorando así los síntomas de la paciente durante los primeros meses. No obstante, coincidiendo con la declaración del estado de alarma, la paciente decidió abandonar su medicación al asociarla a una mayor vulnerabilidad al contagio del virus. Durante este mismo período, comenzaron a consolidarse las conductas-problema de la paciente. En este sentido, a lo largo de la etapa de confinamiento la paciente no abandonó su domicilio en ningún momento, comenzó a dormir en otra habitación separada de su marido y su hijo y modificó sus rutinas de alimentación e higiene con tal de no coincidir con ellos en la medida de lo posible. Asimismo, el marido refiere que la paciente pasaba la mayor parte del día consultando páginas web acerca del coronavirus y haciendo constantes pedidos online de material desinfectante y de protección. A partir del año siguiente el marido comenta un importante agravamiento paulatino del problema debido al fallecimiento del padre de la paciente por coronavirus.

Desde entonces, ha retomado la medicación, ha contratado un seguro médico privado e invierte una gran cantidad de tiempo diariamente en realizar conductas de comprobación (atención médica en urgencias, autoaplicación de tests rápidos de antígenos, medición de la temperatura corporal) y reaseguración (consultar dudas a su médico, plantear sus preocupaciones a través de un blog en internet, búsqueda en páginas web, etc.).

De igual modo, el marido destaca la focalización atencional excesiva de la paciente en ciertas sensaciones corporales tales como su propia respiración y la conservación de los sentidos del gusto y el olfato. Como resultado, la paciente ha interrumpido por completo su actividad laboral y social e incluso ha abandonado su rol de madre al delegar en su marido todos los cuidados de su hijo.

Estrategias de Evaluación

La evaluación se realizó durante las dos primeras sesiones a través de la utilización de los siguientes instrumentos.

Entrevista Conductual (Fernández-Ballesteros, 2000), con tal de conocer en mayor profundidad las características personales y ambientales de la paciente, así como la historia del problema y el motivo de demanda. Dicha información se complementó con los testimonios proporcionados por el marido y la hermana de la paciente en dos entrevistas posteriores.

Escalas de Actitud hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS, Kellner, 1986; adaptación española de Chorot y Sandín, 1989), la cual permite evaluar actitudes, miedos y creencias asociadas con la hipocondría y conductas disfuncionales de enfermedad a través de 9 escalas que engloban 27 ítems con opción de respuesta del 0 (*no*) al 4 (*casi siempre*). También incluye 2 preguntas, una referida a si existe algún trastorno somático diagnosticado y la otra a los tratamientos recibidos durante el último año. Este cuestionario ha mostrado un buen índice de consistencia interna ($\alpha = 0,70-0,87$). La paciente obtuvo la máxima puntuación (12 puntos) en las escalas de Creencias hipocondríacas, Preocupación por la enfermedad y Fobia a la enfermedad, siendo ello indicador de una alta probabilidad de un caso de hipocondría clínica (Kellner, 1986). También destacó la elevada puntuación en la escala de Tanatofobia (11 puntos).

Inventario de Síntomas Revisado (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R, Derogatis, 1977; adaptación española de González de Rivera et al., 1989). Este instrumento se compone de 90 enunciados referentes a diversas alteraciones agrupadas en 9 dimensiones sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. El sujeto debe indicar la intensidad del sufrimiento causada por cada ítem, desde 0 (ausencia total de molestias) hasta 4 (mucha molestia). Esta prueba posee un buen coeficiente de fiabilidad en sujetos clínicos, oscilando entre 0,69 y 0,85 (Sánchez et al., 2002).

De entre las puntuaciones obtenidas, destacan los resultados en las dimensiones de Somatización (31 puntos), Ansiedad (26 puntos) y Fobia (12 puntos), situándose en todas ellas en el centil 75 en muestra psiquiátrica.

Asimismo, dentro de la escala adicional son destacables las elevadas puntuaciones relacionadas con los problemas de sueño y las preocupaciones asociadas a la muerte.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003), empleado para medir la presencia de depresión, consta de 21 ítems de síntomas depresivos que van de 0 (síntoma no presente) a 3 (síntoma muy intenso). Este autoinforme presenta una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,87$) (Sanz et al., 2003). El resultado de 35 puntos obtenido por la paciente se corresponden con la presencia de una depresión grave (centil 99) (Sanz et al., 2003).

Con tal de establecer un diagnóstico específico, se empleó el *Inventario Breve de Ansiedad por la Salud* (Short Health Anxiety Inventory, SHAI, Salkovskis et al., 2002; adaptación española de Morales et al., 2015), diseñado para evaluar el miedo a la enfermedad y el miedo a las consecuencias negativas de la misma mediante 18 ítems formados por grupos de cuatro afirmaciones entre las que se debe elegir la que mejor refleje las sensaciones del sujeto (siendo 0 = sin síntomas, 1 = síntomas leves, 2 = síntomas graves y 3 = síntomas muy graves). Este inventario presenta una buena fiabilidad en la población española ($\alpha = 0,86$) (Arnáez et al., 2019). La sujeto obtuvo una puntuación total de 48, la cual es indicadora de una fuerte preocupación por la salud característica de personas con hipocondría (Arnáez et al., 2019).

Finalmente, se elaboró ad hoc un *autorregistro* para la paciente y un *heterorregistro* para su pareja con tal de poder establecer la línea base de las conductas-problema y la evolución de las mismas a lo largo del tiempo. En dichos registros se debía anotar la frecuencia y duración de la realización de cualquier actividad relacionada con el coronavirus (tanto en el domicilio como fuera de casa) (véase Anexo 1). Además, en el caso del autorregistro, la paciente debía incluir la aparición de pensamientos y emociones asociados y el grado de ansiedad causado por los mismos (consultar Anexo 2).

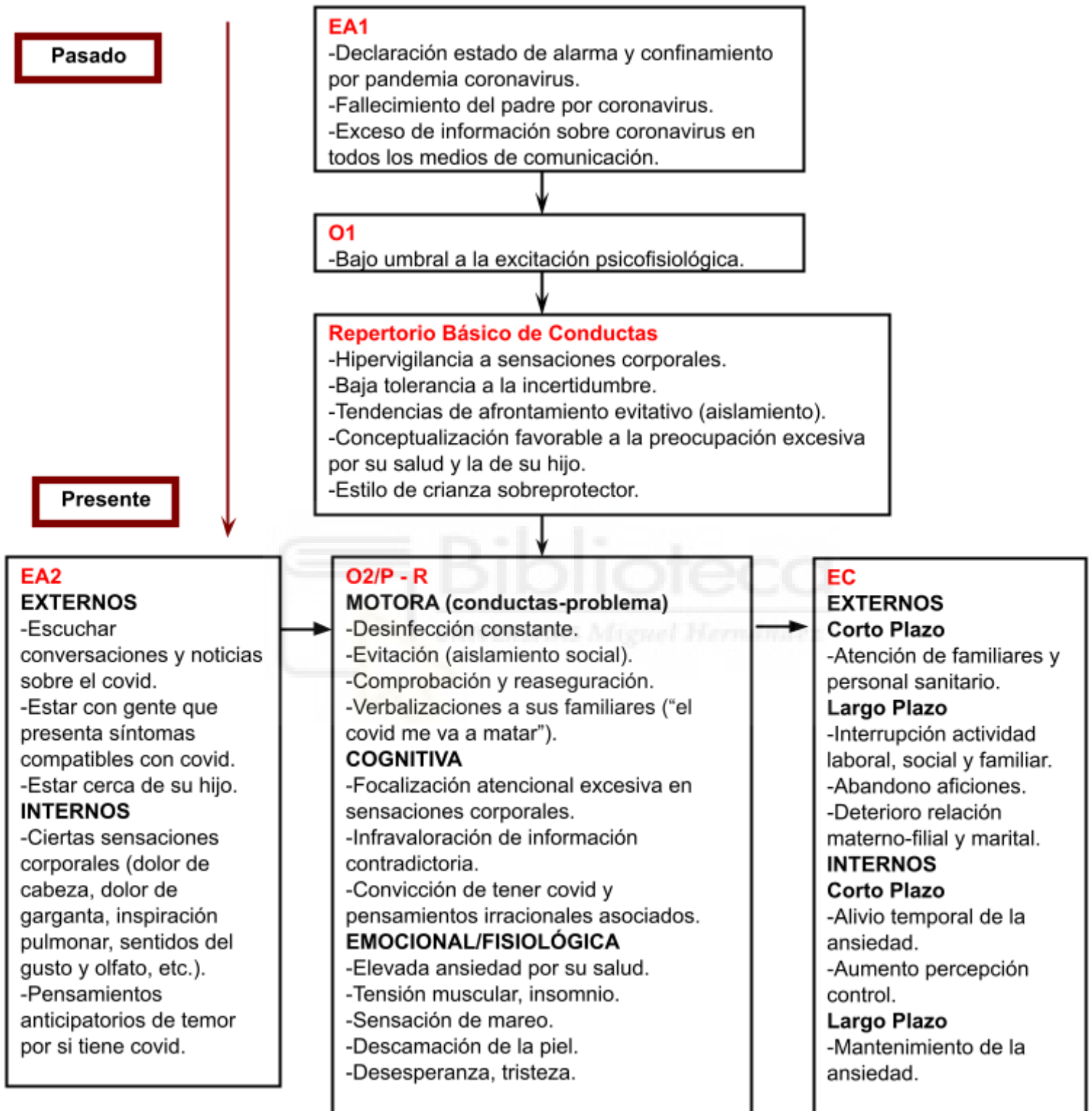
Análisis de las Conductas Problema. Formulación Clínica del Caso.

Una vez finalizado el periodo de evaluación, se concluyó que el perfil de la paciente era compatible con el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Enfermedad con solicitud de asistencia, dado que cumplía con los criterios establecidos en el DSM-5 (APA, 2013). Dicho trastorno, tal y como se aprecia en la Figura 1, se manifiesta a través de una serie de conductas-problema tales como la realización excesiva de conductas de desinfección (de su propio cuerpo, de los alimentos y de la casa), comprobación (visitas diarias a urgencias, autoaplicación de tests rápidos de antígenos, medición de la temperatura corporal) y reaseguración (consultar dudas a su médico privado, plantear sus preocupaciones a través de un blog en internet, búsqueda de información en páginas web, etc.).

Asimismo, la paciente recurre a la evitación social como medio de afrontamiento, manteniéndose aislada incluso de su entorno familiar más próximo. Todas estas conductas vienen acompañadas de cogniciones disfuncionales (atención excesiva a sensaciones corporales, creencia certera de tener coronavirus, elusión de resultados médicos incongruentes con dicha creencia, etc.) y reacciones fisiológicas y emocionales (niveles elevados de ansiedad y preocupación por su salud, problemas de sueño, tensión muscular, bajo estado de ánimo, etc.). Todo ello viene explicado por una serie de antecedentes históricos (EA1) y actuales (EA2). Por un lado, a nivel histórico cabe destacar el impacto ocasionado por las restricciones de movilidad durante el periodo más crítico de la pandemia, junto con la defunción del padre de la paciente y la sobrecarga de información sobre el coronavirus propiciada por el conjunto de los medios de comunicación. Estos factores han contribuido a la presencia de una predisposición biológica de la paciente a la activación psicofisiológica, así como al desarrollo de unos patrones conductuales desadaptativos (hipervigilancia, intolerancia a la incertidumbre, tendencia al aislamiento, sobreprotección de su hijo, etc.). Por otro lado, en la actualidad se observan estímulos antecedentes que proceden tanto del exterior (ambiente que rodea al sujeto, es decir, principalmente su marido y su hijo) como del interior (percepción de ciertas sensaciones corporales y aparición de pensamientos anticipatorios de miedo relacionados con la contracción del virus).

Finalmente, el mantenimiento de las conductas-problema se explica por medio de los consecuentes inmediatos que obtiene el individuo tras realizar dichas conductas (Estímulos Consecuentes a corto plazo), los cuales actúan a modo de reforzamiento, tales como la atención obtenida de su entorno, la percepción de control sobre la enfermedad (ambos refuerzos positivos) y la reducción transitoria de la sensación de ansiedad (refuerzo negativo). No obstante, la problemática de la paciente conlleva importantes consecuencias negativas a la larga, tales como el deterioro de las relaciones familiares, abandono de su empleo y de actividades gratificantes.

Figura 1
Análisis funcional diacrónico



Tratamiento. Objetivos, Técnicas y Aplicación.

El tratamiento aplicado se realizó dentro del marco de la Terapia Cognitivo Conductual a través de una adaptación del programa de Salkovskis y Warwick (1986). Para ello, se tuvo en cuenta una de las versiones españolas de dicho paquete de tratamiento (Martínez y Botella, 1995) a la hora de diseñar el plan de intervención de la paciente. Como resultado, se seleccionaron la *psicoeducación*, la *exposición con prevención de respuesta*, los *experimentos conductuales* y la *lista de auto prohibiciones* como principales técnicas a aplicar.

También se hizo uso de alguna de las *técnicas de regulación de la activación* de manera complementaria (véase Tabla 1); todo ello con el fin de lograr los objetivos terapéuticos propuestos, los cuales eran los siguientes:

1. Identificar las creencias disfuncionales sobre la salud y sustituirlas por pensamientos más adaptativos y racionales.
2. Plantear una hipótesis alternativa en la que se asocie la experimentación de sensaciones corporales a la ansiedad.
3. Reducir las conductas-problema y el malestar emocional asociado.

Se confeccionaron un total de 14 sesiones, aproximadamente la mitad de ellas de 90 minutos de duración. La quinta sesión fue la única que fue doble, es decir, que se realizó la intervención tanto con la paciente como con su marido (por separado). La frecuencia fue de dos sesiones por semana, siendo, por tanto, la duración total de la intervención de unas 7 semanas. Asimismo, se estableció un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Las dos primeras sesiones fueron entrevistas con la paciente y sus familiares más cercanos con tal de poder identificar el motivo de consulta y las características de la problemática. Asimismo, en la 2ª sesión se introdujo el uso de los registros de observación y se administraron diversos instrumentos de evaluación a fin de establecer un diagnóstico.

En la tercera sesión se procedió a comunicar a la paciente y su pareja los resultados de la evaluación. Además, se expuso brevemente el análisis funcional del caso y las metas terapéuticas a conseguir. El resto de sesiones posteriores se realizaron exclusivamente con la paciente.

La 4ª sesión se destinó a explicar el papel que desempeña la ansiedad y cómo se relaciona con los pensamientos y sensaciones físicas de la paciente. Asimismo, tras comprobar que la paciente no había rellenado los autorregistros, se procedió a elaborar un contrato conductual con la misma. En éste la cliente se comprometía durante un periodo de 2 meses a seguir las indicaciones de la psicoterapeuta a fin de averiguar si sus síntomas eran causados por la ansiedad. De lo contrario, la psicóloga se comprometía a no prolongar la intervención si la paciente así lo solicitaba. Ello consiguió motivar a la paciente para colaborar en la comprobación de dicha hipótesis.

En la sesión número 5 se trabajó, por un lado, con la paciente y, por el otro, con su pareja. En la intervención con la mujer se hizo uso de diversas técnicas de reestructuración cognitiva (diálogo socrático, juego de roles, clasificación de pensamientos según el tipo de distorsión cognitiva al que pertenece...) con el objetivo de enseñar a la paciente a identificar los pensamientos irracionales y modificarlos por unos más adaptativos en su autorregistro. Durante esta sesión también se elaboró junto con la clienta el listado de auto prohibiciones (véase Anexo 4). Por otro lado, la intervención con el marido estuvo centrada en proporcionar herramientas para una comunicación asertiva con su pareja (técnica del disco rayado, saber decir no, aplazamiento asertivo...).

Asimismo, se le dieron indicaciones sobre cómo extinguir las verbalizaciones de su mujer relacionadas con el covid y cómo reforzar las conductas deseadas.

A lo largo de la sexta sesión se realizó un experimento conductual, el cual consistió en pedirle a la paciente que diese 30 saltos tocando el suelo en el menor tiempo posible con tal de inducir una dificultad respiratoria y desvincular dicho síntoma del covid. Seguidamente, se empleó la psicoeducación para explicar el funcionamiento de la respiración diafragmática y sus beneficios frente a la ansiedad. Finalmente se llevó a cabo un entrenamiento de dicha técnica de desactivación en la sesión y se le indicó que continuase practicando en casa y registrando los entrenamientos (véase Anexo 5). También se le animó a probar un experimento conductual con el olfato (oler un mismo alimento durante 15 minutos y comprobar si la intensidad del olor aumenta o disminuye con el tiempo).

La séptima sesión estuvo centrada en mostrar a la paciente la relación entre el nivel de atención y la percepción de los síntomas físicos. Para ello, se hizo un experimento de focalización atencional en el que se le pidió que cerrase los ojos y se concentrase en los latidos de su corazón durante 2 minutos con tal de que comprobase que, al hacerlo, su pulso se aceleraba. Después se le pidió que abriera los ojos y describiese con el mayor detalle posible uno de los cuadros de la consulta. Al finalizar dicha tarea se comentaron los cambios producidos en la percepción de los latidos y se proporcionaron más ejercicios de distracción cognitiva (conciencia sensorial, centrarse en un objeto, ejercicios mentales, recuerdos agradables...). Por último, se animó a la paciente a incluir dichos ejercicios en su autorregistro (en la columna "qué hago") y se decidieron modificar las tres primeras auto prohibiciones con tal de reducir la frecuencia de las conductas de comprobación (véase Anexo 4).

A partir de la sesión número ocho y hasta la número doce se llevó a cabo la técnica de exposición con prevención de respuesta con el objetivo de eliminar las conductas evitativas y de escape de la paciente. Para ello, la octava sesión se destinó a elaborar una lista con la jerarquía de ítems ansiógenos, formada por un total de 12 ítems en forma de enunciado (ordenados de menor a mayor nivel de ansiedad) que reflejaban las principales situaciones temidas por el paciente (véase Anexo 6). Asimismo, se creó otra lista con aquellos escenarios a los que la paciente se debía ir exponiendo progresivamente de manera independiente con tal de consolidar el aprendizaje por exposición.

En las sesiones 9ª y 10ª se acompañó a la clienta en la realización de la exposición in vivo de las situaciones expresadas en los ítems situados más abajo en la jerarquía (es decir, los menos ansiógenos), por lo que se expuso a 4 de ellos en cada sesión. En cambio, en las sesiones 11ª y 12ª la exposición fue solamente de 2 ítems en cada una, dado que el nivel de ansiedad que generaban era mayor.

Entre sesiones se le indicaba a la paciente que debía exponerse de manera autónoma al menos a una de las situaciones de la otra lista y se le reforzaba verbalmente cuando así lo realizaba.

En la sesión número 13 se trabajaron las estrategias a aplicar ante posibles recaídas, tales como enseñar a la clienta a detectar las señales de riesgo y generar una atribución interna de los logros obtenidos con el tratamiento.

Para finalizar, la sesión número 14 estuvo destinada a realizar la evaluación posttest a fin de comparar los resultados antes y después de la intervención para poder comprobar la efectividad de la terapia.

Las tres últimas sesiones (números 15, 16 y 17) se corresponden con el seguimiento de la paciente a corto, medio y largo plazo (3, 6 y 12 meses respectivamente). En todas ellas se mantuvo una conversación con la clienta por vía telefónica de media hora de duración, en la que se indagó en la evolución de las conductas de la paciente con tal de comprobar el mantenimiento de los logros conseguidos.

Tabla 1*Descripción de las sesiones de tratamiento*

Cronograma de sesiones		
Sesión 1. Recogida de información preliminar (1h30min)		
<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Identificar la situación problemática en base a la descripción del caso.	Primera entrevista con la paciente y posterior entrevista con el marido y la hermana. Exposición del motivo de consulta e historia del problema. Aplicación Entrevista Conductual.	Rellenar el IAS y SCL-90-R.
Sesión 2. Evaluación pretest (1h).		
<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Establecer un primer diagnóstico a partir de los resultados obtenidos en evaluación.	Entrevista con el marido y la paciente, comentar resultados del IAS y SCL-90-R. Aplicación BDI y SHAI. Explicación funcionamiento registros.	Rellenar autorregistro y heterorregistro de conductas relacionadas con el covid (evitación, comprobación y reaseguración).
Sesión 3. Reconceptualización (1h).		
<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Informar acerca del origen y mantenimiento de la situación problemática.	Devolución resultados evaluación. Exposición del análisis funcional y metas terapéuticas. Solicitar consentimiento informado a la paciente.	Rellenar autorregistro y heterorregistro.
Sesión 4. Psicoeducación y obtención del compromiso (1h).		
<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Proporcionar una explicación alternativa a los síntomas.	Psicoeducación ansiedad. Plantear ansiedad como hipótesis alternativa a comprobar e importancia autorregistro. Elaboración del contrato conductual.	Rellenar autorregistro y heterorregistro.

Sesión 5.**Paciente: Reestructuración cognitiva y lista auto prohibiciones (1h30min).**

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Identificar y modificar pensamientos desadaptativos. Comenzar reducción conductas-problema mediante auto prohibiciones.	Análisis del autorregistro y comparación con heterorregistro. Discusión de pensamientos catastrofistas, emociones y nivel de ansiedad asociado. Planteamiento ventajas y desventajas de las conductas-problema y creación listado auto prohibiciones (Anexo 4).	Aplicar auto prohibiciones. Rellenar autorregistro, añadir grado de utilidad pensamientos (0 = inútil; 10 = útil) y proponer un pensamiento más útil (Anexo 3).

Marido: Comunicación y administración de contingencias (1h).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Promover un estilo de comunicación efectivo y la aplicación adecuada del refuerzo y la extinción.	Explicar los tipos de comunicación (pasiva-agresiva-assertiva) y proporcionar técnicas de comunicación asertiva. Explicar la diferencia entre castigo, refuerzo y extinción. Dar pautas para su aplicación ante conductas de reaseguración de su mujer.	Practicar la comunicación asertiva y la extinción ante verbalizaciones de su mujer sobre el covid. Practicar refuerzo ante cumplimiento auto prohibiciones.

Sesión 6. Experimentos conductuales y respiración diafragmática (1h30min).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Lograr una atribución causal más realista de los síntomas. Enseñar a reducir la activación mediante la respiración.	Revisión auto prohibiciones. Hacer listado de síntomas coronavirus. Hacer experimento conductual con síntoma respiratorio y retomar la hipótesis inicial (covid vs ansiedad). Psicoeducación sobre la respiración diafragmática y práctica en sesión.	Mantener auto prohibiciones y autorregistro. Hacer experimento conductual del olfato. Entrenar la respiración y rellenar registro (Anexo 5).

Sesión 7. Entrenamiento en técnicas de distracción (1h).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Mostrar el papel de la atención en la magnificación de los síntomas.	Revisión de las tareas para casa y resolución de dudas. Experimento de focalización atencional en sensaciones corporales e introducción de ejercicio de distracción al final. Comentar cambios en intensidad sensación percibida. Proporcionar ejercicios distracción. Modificar auto prohibiciones nº 1 - 3.	Mantener auto prohibiciones y autorregistro. Practicar respiración y rellenar registro. Practicar ejercicios de distracción y registrarlos.

Sesión 8. Introducción a la exposición con prevención de respuesta (1h).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Identificar conductas de evitación/escape.	Revisión de las tareas para casa y resolución de dudas. Psicoeducación sobre técnica exposición y elaboración jerarquía ítems ansiógenos.	Mantener auto prohibiciones y autorregistro. Practicar respiración y distracción.

Sesiones 9, 10, 11 y 12. Exposición con prevención de respuesta (1h30min).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Reducir las conductas de evitación/escape.	Resumen de la sesión anterior y revisión tareas para casa. Entrenamiento en exposición en vivo y exposición progresiva a nuevos ítems de la jerarquía.	Mantener auto prohibiciones y autorregistro. Practicar exposición.

Sesión 13. Prevención de recaídas (1h).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Identificar y afrontar posibles situaciones de riesgo.	Revisión de técnicas trabajadas. Entrenamiento en identificación y aplicación de estrategias adaptativas de afrontamiento ante situaciones de riesgo.	Ninguna.

Sesión 14. Evaluación posttest (1h).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Comprobar la efectividad del tratamiento.	Aplicación IAS, BDI, SHAI y SCL-90-R.	Ninguna.

Sesiones 15, 16 y 17. Seguimientos (30 min).

<u>Objetivo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Tareas para casa</u>
Comprobar la efectividad del tratamiento a los 3, 6 y 12 meses.	Comprobar evolución de la paciente, mantenimiento logros y resolver dificultades encontradas.	Ninguna.

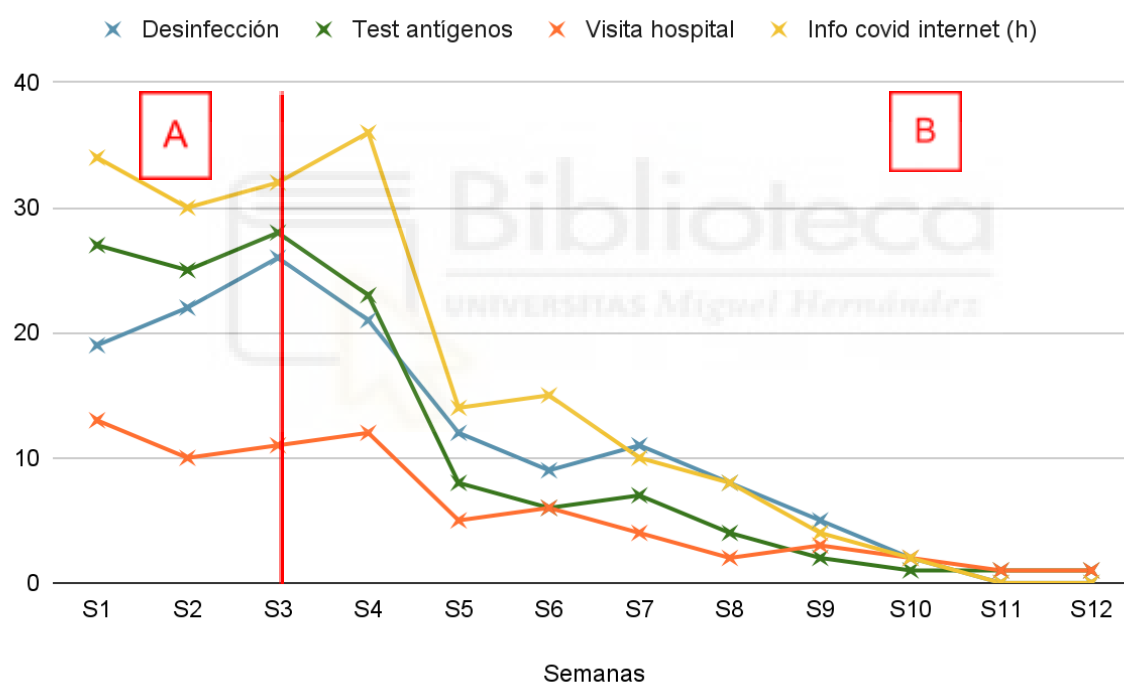


Resultados

En primer lugar, cabe destacar que la intervención se realizó mediante un diseño cuasiexperimental básico (tipo A-B). Por otro lado, debido a la negativa inicial de la paciente a rellenar los autorregistros, durante las 3 primeras semanas se estableció la línea base de las conductas-problema únicamente a través de los registros de su pareja. No obstante, a partir de la cuarta semana la cliente ya comenzó a implicarse más activamente en la terapia y se aprecia una disminución considerable de dichas conductas en su frecuencia y duración a lo largo de las semanas de tratamiento (véase Figura 2). En este sentido, tanto en los heterorregistros como en los autorregistros se observa un descenso brusco a partir de la quinta semana, en la cual se introdujeron las auto prohibiciones.

Figura 2

Frecuencia de las conductas problema a lo largo de las sesiones



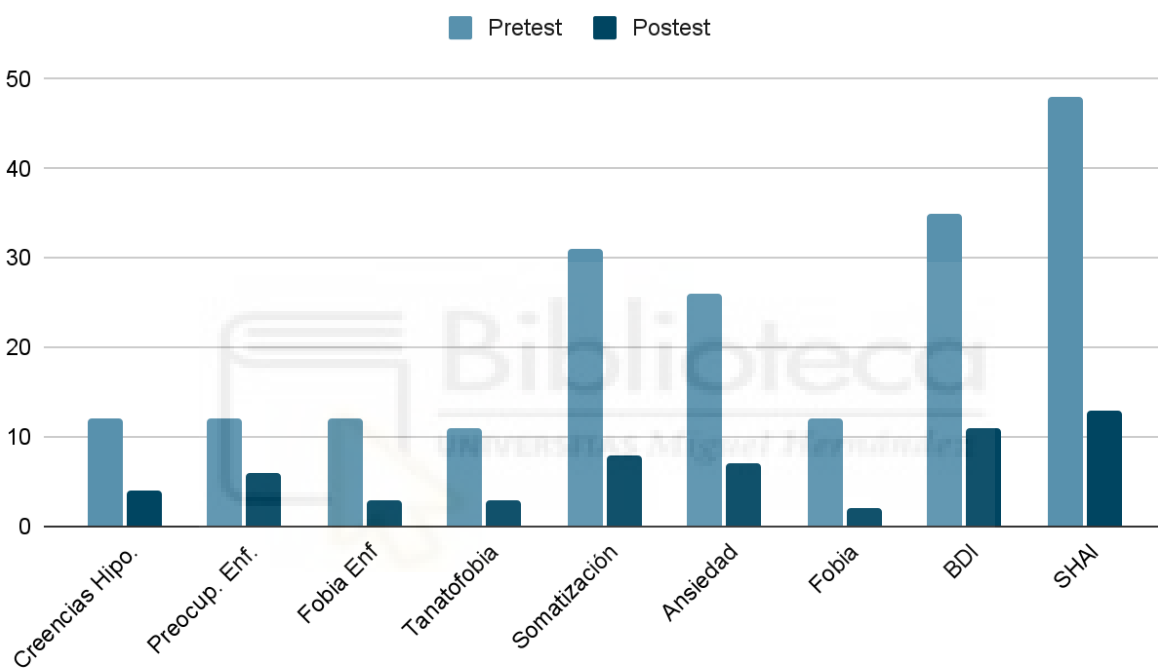
En cuanto a los resultados de la evaluación posttest, en las Escalas de Actitud (IAS, Kellner, 1986) la paciente obtuvo 4, 6 y 3 puntos en las escalas de Creencias hiponcondríacas, Preocupación por la enfermedad y Fobia a la enfermedad respectivamente. En la escala de Tanatofobia el resultado fue de 3 puntos. Asimismo, se observa una mejora en las puntuaciones del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R, Derogatis, 1977), puesto que la paciente presentó menores niveles de Somatización (8 puntos, centil 55), Ansiedad (7 puntos, centil 70) y Fobia (2 puntos, centil 60), situándose en todas ellas en la muestra de población general no clínica.

En tercer lugar, también se aprecia una disminución del nivel de depresión de la sujeto en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996), en el cual obtuvo 11 puntos (centil 65) correspondientes con la existencia de una depresión mínima (Sanz et al., 2003).

Por último, los 13 puntos obtenidos en el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI, Salkovskis et al., 2002) indican que la sujeto ya no presenta una preocupación patológica por su salud (Arnáez et al., 2019).

Figura 3

Comparación resultados pretest y postest



Discusión

En vista de los resultados obtenidos en la evaluación tras la intervención psicológica, se puede afirmar que, en sintonía con la mayoría de las investigaciones empíricas (Bouman, 2014; Cooper et al., 2017; Olatunji et al., 2014; Thomson y Page, 2007; Tyrer et al., 2017; Tyrer 2018), las técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva, listado de autoprohibiciones, experimentos conductuales y exposición con prevención de respuesta) han resultado exitosas para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad por Enfermedad asociado al coronavirus. Asimismo, se considera que la participación de la pareja de la clienta en el tratamiento ha supuesto una ayuda muy significativa a la hora de conseguir extinguir las conductas desadaptativas de la paciente.

No obstante, hay que mencionar que el presente estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, destaca la dificultad de generalizar los resultados obtenidos al tratarse de un estudio de caso único. En segundo lugar, al tratarse de una intervención compuesta por diversas herramientas terapéuticas, se desconoce si todas ellas en su conjunto son responsables de la eficacia obtenida o de si, por el contrario, se hubiesen conseguido los mismos resultados empleando únicamente una de las técnicas psicológicas. En este sentido, también se contempla la posibilidad de que la medicación que estuvo tomando la paciente a lo largo de toda la psicoterapia estuviera influyendo en su recuperación, puesto que son varias las publicaciones científicas que apuntan a una equivalencia en la eficacia de la farmacoterapia y la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad por enfermedad (Fallon et al., 2017; Greeven et al., 2007; Tyrer y Tyrer, 2018).

A modo de conclusión, el valor añadido que presenta este estudio radica en la propuesta de adaptación del paquete de tratamiento cognitivo-conductual de Salkovskis y Warwick (1986) a un caso de ansiedad por enfermedad ligado al coronavirus, así como la constatación de la eficacia de dicho programa de intervención para ese problema de salud mental.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A. y Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77, 1323–1330. <https://doi.org/10.4065/77.12.1323>
- American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría), (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales: DSM-5 (5ª edición)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2019). The spanish validation of the short health anxiety inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.05.003>
- Asmundson, G. y Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. y Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety Stress Coping*, 29, 219-39. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. y Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404-409. 10.1192/bjp.157.3.404
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation.
- Botella, C. y Martínez-Narváez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. En: V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (vol 1)*, (pp. 355-406). Editorial Siglo XXI.

- Bouman, T. K. (2014). Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 58-69. <https://benthamscience.com/journals/current-psychiatry-research-and-reviews/volume/10/issue/1/>
- Chorot, P. y Sandín, B. (1989). *Escalas de Actitud hacia la Enfermedad de Kellner*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. (No publicado)
- Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S. y Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(2), 110-123. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000527>
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures. Manual II*. Clinical Psychometric Research.
- Fallon, B. A., Ahern, D. K., Pavlicova, M., Slavov, I., Skritskya, N. y Barsky, A. J. (2017). A randomized controlled trial of medication and cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*, 174(8), 756-764. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16020189>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Evaluación psicológica y tests. En: A. Cordero (Ed.), *La evaluación psicológica en el año 2000*, (pp. 11-26). TEA Ediciones.
- Fink, P., Ørnbøl E. y Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One*, 5(3), e9873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Molina, B. L., Debanné, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., Pando, D. G., Díez-Gómez, A., Montes, J. M. G., Cerdán, L. G., Osmá, J. (...) Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. [10.7334/psicothema2020.426](https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426)

- Gimeno, C. P. y Gascó, J. S. (2005). Trastorno psicológico de un caso de hipocondría. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica. Casos prácticos* (pp. 179-199). Ediciones Pirámide.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research.
- González-Rodríguez, A. y Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina clínica*, 155(9), 392. 10.1016/j.medcli.2020.07.009
- Greeven, A., Van Balkom, A. J., Visser, S., Merkelbach, J. W., Van Rood, Y. R., Van Dyck, R., Van der Does, A. J. W., Zitman, F. G. y Spinhoven, P. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 91-99. <https://ajp.psychiatryonline.org/toc/ajp/164/1>
- Juangarcía, C. I. L., Leiva, F. J. D. y Elcid, A. M. A. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondríaco severo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(2), 79-99. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/457040>
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. Praeger.
- Lee, S. A. y Crunk, E. A. (2020). Fear and psychopathology during the COVID-19 crisis: neuroticism, hypochondriasis, reassurance-seeking, and coronaphobia as fear factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-14. <https://doi.org/10.1177/0030222820949350>
- Márquez, S. F., Rodríguez, D. G., Cobreros, R. R. y Sánchez, D. D. (2015). Tratamiento clínico de un caso de hipocondría: de la histeria masculina a la amplificación somatosensorial. *Análisis y modificación de conducta*, 40(161-162), 73-81. <https://doi.org/10.33776/amc.v40i0.2615>
- Martínez, M. P. y Botella, C. (1995). Aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(79), 697-734. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/527717>

- Martínez, M. P., Botella, C. y Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿un trastorno tratable? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 155-166. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3840>
- Morales, A., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., Orgiles, M. (2015). Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 123–131. [10.1177/1359105313500095](https://doi.org/10.1177/1359105313500095)
- Muñoz, L. F. y Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00063-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00063-2)
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. y Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, 58, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>
- Ovalle-Quiñones, M. y Vásquez-Tirado, G. A. (2020). Cibercondría: Un nuevo ente clínico en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(4), 418-426. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.778>
- Rodríguez, C. F. y Martínez, R. F. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, 13(3), 407-418. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/135570>
- Rodríguez-Quiroga, A. (2017). Trastorno de ansiedad por enfermedad: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 24(2), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2017.01.001>

- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (5), 597-602. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0)
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. (2001). Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. En G. Asmundson, S. Taylor y B. J. Cox (Eds.), *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions* (pp. 46-64). Wiley.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. y Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Sánchez, J. I. R., Rodríguez, J. M. A. y Fernández, M. E. P. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2(1), 1-19. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/181424>
- 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. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivo/2003/14/3>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133. <https://doi.org/10.1159/000465525>
- Thomson, A. y Page, L. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane database of systematic reviews*, 4, 1-40. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006520.pub2>
- Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/454264>

- Tyrer, P. (2018). Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current psychiatry reports*, 20(49), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
- Tyrer, P., Salkovskis, P., Tyrer, H., Wang, D., Crawford, M. J., Dupont, S., Cooper, S., Green, J., Murphy, D., Smith, G., Bhogal, S., Nourmand, S., Lazarevic, V., Loebenberg, G., Evered, R., Kings, S., McNulty, A., Lisseman-Stones, Y., McAllister, S., ... Barrett, B. (2017). Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technology Assessment*, 21(50), 1-58. <https://doi.org/10.3310/hta21500>
- Tyrer, P. y Tyrer, H. (2018). Health anxiety: Detection and treatment. *BJPsych Advances*, 24(1), 66-72. doi:10.1192/bja.2017.5
- Visser, S. y Bouman, T. K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 423-442. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00022-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00022-X)
- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M. y Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 189-195. 10.1192/bjp.169.2.189
- White, R. W. y Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4). <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176. 10.30773/pi.2020.0047

Anexos

Anexo 1

Registro de observación para el marido de la paciente

-Periodo de observación: Del _____ al _____

-Anota cada vez que tu mujer: Realiza cualquier actividad relacionada con el coronavirus (buscar información en internet, comprar material desinfectante, verbalizar su miedo al covid, hacerse tests de antígenos, acudir a los servicios médicos, comprobarse alguna parte del cuerpo, etc.).

Día y hora	Situación antes (dónde, con quién y qué sucede)	Conducta (qué hace tu mujer)	Situación después (qué sucede y qué haces tú)	Duración (minutos)	Observaciones

Anexo 2

Autorregistro de observación para la paciente

-Periodo de observación: Del _____ al _____

-Anota cada vez que: Realices cualquier actividad relacionada con el coronavirus (buscar información en internet, comprar material desinfectante, verbalizar tu miedo al covid, hacerte tests de antígenos, acudir a los servicios médicos, comprobarte alguna parte del cuerpo, etc.).

Día y hora	Situación antes (dónde, con quién y qué sucede)	Qué pienso	Qué siento (emoción)	Ansiedad antes (0-10)	Qué hago	Ansiedad después (0-10)

Anexo 3

Autorregistro de pensamientos

Pensamiento	Grado utilidad (0-10)	Pensamiento alternativo

Anexo 4

Listado de auto prohibiciones

1. No realizar tests de antígenos más de una vez al día (*a partir de la 7ª sesión: una vez a la semana*).
2. No medirse la temperatura más de una vez al día (*a partir de la 7ª sesión: una vez a la semana*).
3. No acudir al hospital más de dos veces a la semana (*a partir de la 7ª sesión: una vez cada dos semanas*).
4. No lavarse las manos, excepto antes y/o después de comer o ir al aseo.
5. No consultar páginas web relacionadas con el coronavirus.
6. No hacer uso del blog.
7. No permanecer todo el día encerrada en una habitación de la casa.
8. No hablar a la familia acerca de síntomas ni nada relacionado con el tema del coronavirus.
9. No utilizar guantes ni mascarilla dentro de casa.
10. No utilizar productos desinfectantes (lejía, gel hidroalcohólico, etc.).



Anexo 5

Autorregistro entrenamiento en respiración diafragmática

Rellenar <u>antes</u> de la práctica			Rellenar <u>después</u> de la práctica	
Día y hora de la práctica	Situación (lugar, posición...)	Nivel ansiedad (0-10)	Duración (min)	Nivel ansiedad (0-10)

Anexo 6

Listado ítems jerarquía exposición (USA = Unidades Subjetivas de Ansiedad)

A realizar acompañada por la psicóloga:

Sesión nº 9	- Abrazar a mi pareja con mascarilla (50 USA).
	- Abrazar a mi pareja sin mascarilla (55 USA).
	- Estar con mascarilla en una terraza (60 USA).
	- Estar sin mascarilla en una terraza (65 USA).
Sesión nº 10	- Abrazar a mi hijo con mascarilla (70 USA).
	- Abrazar a mi hijo sin mascarilla (75 USA).
	- Estar con mascarilla en una cafetería cerrada (80 USA).
	- Estar sin mascarilla en una cafetería cerrada (85 USA).
Sesión nº 11	- Visitar una residencia de ancianos con mascarilla (90 USA).
	- Subir a un autobús con mascarilla (95 USA).
Sesión nº 12	- Pasear con mascarilla por una calle llena de gente (95 USA).
	- Pasear sin mascarilla por una calle llena de gente (100 USA).

A realizar de manera autónoma (mínimo una situación por semana):

- Acudir a una comida familiar sin mascarilla.
- Quedar sin mascarilla con mi grupo de amigas en un espacio abierto.
- Quedar sin mascarilla con mi grupo de amigas en un espacio cerrado.
- Pasear por la playa sin mascarilla.
- Ir sin mascarilla al cine con mi pareja y mi hijo.
- Asistir al gimnasio sin mascarilla.
- Llevar a mi hijo al colegio sin mascarilla.
- Hacer la compra en el supermercado sin mascarilla.