



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster



Estudio de caso único en paciente con ansiedad por la salud o hipocondría.

Autora: María Eugenia Soriano Guilabert

Tutor/a: Beatriz Bonete López

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.BBL.MESG.230731

Convocatoria: Septiembre 2023

Resumen:

Según el INE, la ansiedad por la salud o hipocondría es una enfermedad que se diagnostica en torno al 6.6% de la población femenina en España. Se presenta un estudio de caso de una paciente de 26 años que presenta sintomatología de ansiedad por la salud, así como la posterior intervención que se realizó para estabilizarla. La intervención se enmarca en el ámbito cognitivo-conductual, así como también se usaron técnicas relacionadas con el mindfulness. Los datos arrojan que la paciente mejoró posteriormente a la intervención.

Abstract:

Health anxiety disorder or hypochondriasis is diagnosed over a 6.6% female population in Spain according to the INE. It is presented as a case study in a 26 year old patient with health anxiety disorder symptomatology and the treatment to stabilize. The intervention is part of the cognitive-behavioral field and mindfulness techniques. The data showed us that the patient improved after the treatment.

Introducción

Cuando leemos el DSM 5 (2013), podemos leer varios criterios diagnósticos que nos hace entender que el trastorno de ansiedad por la salud (anteriormente conocido como hipocondría), se caracteriza por una preocupación excesiva y constante por tener una enfermedad grave, que surge a partir de una interpretación negativa de síntomas corporales y continúa a pesar de contar con una evaluación médica adecuada y de no presentar evidencia clínica que respalde dichas preocupaciones. En términos generales, las personas que presentan esta afección pueden experimentar una reducción de la ansiedad después de visitar al médico, pero solo dura un tiempo determinado. Ante la más mínima aparición de otro síntoma corporal, la preocupación se reanuda y vuelve a dar lugar al ciclo de ansiedad (Arnáez, 2019). Esta condición puede tener un impacto significativo en la vida cotidiana de la persona y generar una gran angustia emocional. Además, se trata de uno de los trastornos con mayor comorbilidad asociada y uno de los problemas mentales más vistos en consulta habitualmente (Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély, 2011).

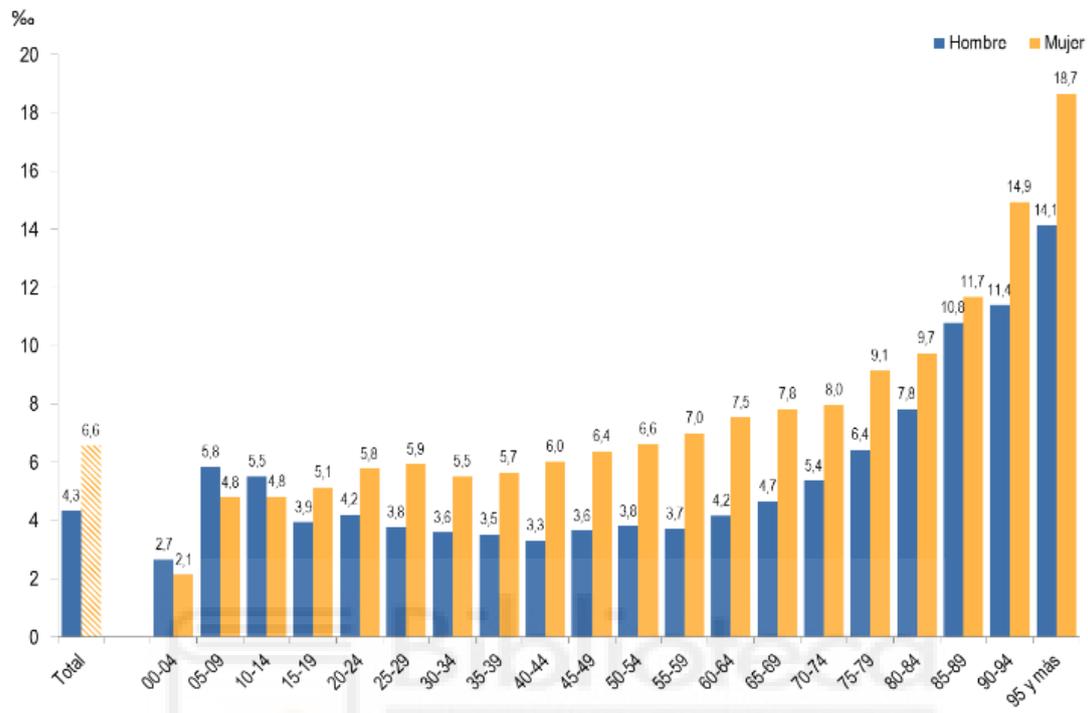
El concepto de ansiedad por la salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, por ejemplo, ya en la antigua Grecia hubo aproximaciones teóricas. Hipócrates, el considerado padre de la medicina, formuló que la hipocondría estaba relacionada con un desequilibrio de los humores corporales, particularmente con una excesiva acumulación de bilis en la región del hipocondrio (zona superior del abdomen), y de aquí recibe el nombre con el que se conoce esta enfermedad popularmente. Posteriormente tanto Galeno como Platón estuvieron de acuerdo en esta teoría. En esta época se consideraba una enfermedad tanto física como mental. Durante los siglos XVIII y XIX, se consideró principalmente una enfermedad física y se caracterizaba por síntomas somáticos y preocupación excesiva por la salud. Los médicos de la época a menudo la veían como una enfermedad crónica y sin cura. Fue a lo largo del siglo

XX cuando el concepto de hipocondría comenzó a ser revisado y replanteado. Los estudios psicoanalíticos sugirieron que la hipocondría podría estar relacionada con conflictos emocionales y anhelos inconscientes. También se empezó a comprender que la hipocondría estaba influenciada por factores psicológicos y se la consideró un trastorno de ansiedad. En 1907, Cabot analizó a 5000 pacientes y se dio cuenta que un 47% padecía de lo que denominó “trastornos funcionales” (Cabot, 1907 en Avia, M.D., 2017). A partir de aquí, se presta mayor atención en las consultas y empiezan a darse cuenta de que los motivos de consulta no son únicamente por motivos físicos, sino también por motivos psicológicos o psiquiátricos (Sheperd y cols., 1960; Kirk y Saunders, 1979 en Avia, M.D., 2017). En la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III., 1980), es cuando se introdujo el término "trastorno de ansiedad por enfermedad" para reemplazar el término "hipocondría". Se establecieron criterios más claros y específicos para el diagnóstico y se reconocieron las características de ansiedad y preocupación excesiva en relación con la salud. En la quinta edición del DSM (2013), el término "trastorno de ansiedad por enfermedad" se mantiene, pero se hace un especial hincapié en que la preocupación debe ser "excesiva" y "persistente" y que debe interferir significativamente en el funcionamiento diario. Además, se destacó la importancia de descartar la presencia de una enfermedad médica real antes de realizar el diagnóstico.

Actualmente, en torno a un 4,4% de los hombres y un 6,6% de las mujeres padecen en España algún tipo de trastorno de somatización. La prevalencia es mayor en el sexo masculino hasta los 14 años y en el resto del periodo evolutivo afecta en mayor medida a las mujeres. Estos datos han sido extraídos del informe de Salud Mental del INE de diciembre de 2020 (Tabla 1).

Tabla 1

Prevalencia de trastornos de somatización en población española 2020



Nota: Datos extraídos del informe “Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria (2020).

Prevalencia de los trastornos de somatización.” (INE, 2020).

A medida que el campo de la psicología y la psiquiatría ha avanzado, se ha reconocido cada vez más la influencia de factores cognitivos, emocionales y conductuales en la ansiedad por la salud. La conceptualización actual (criterios diagnósticos), se centra en la preocupación excesiva por la salud, las interpretaciones distorsionadas de los síntomas corporales y la ansiedad relacionada con la enfermedad (DSM V, 2013). También se ha prestado atención a los enfoques de tratamiento, como la terapia cognitivo-conductual, para abordar estos aspectos de la hipocondría y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

El modelo cognitivo sostiene que los pensamientos y las creencias distorsionadas contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. En el caso de la hipocondría, las personas tienden a interpretar de manera exagerada las sensaciones corporales normales como signos de enfermedad grave. Estos pensamientos catastróficos generan ansiedad y refuerzan aún más la preocupación por la salud. La intervención psicológica se enfocará en identificar y modificar estos pensamientos disfuncionales para reducir la ansiedad y mejorar el bienestar. También es importante recalcar el modelo de aprendizaje vicario, concepto desarrollado por Albert Bandura en la década de 1960, como importante a la hora de desarrollar un trastorno de ansiedad por la salud. Los factores de aprendizaje juegan un papel importante en la ansiedad por la salud. Las personas pueden aprender a preocuparse excesivamente por la salud a través de la observación de modelos, como familiares o amigos que también tienen una preocupación exagerada por la enfermedad. Además, las respuestas de preocupación y atención recibidas por parte del entorno pueden reforzar y mantener este comportamiento. La intervención psicológica busca desafiar y modificar estos patrones de aprendizaje desadaptativos, fomentando una visión más realista de los síntomas y promoviendo estrategias de afrontamiento más efectivas. También hay estudios que han demostrado que las experiencias vividas hasta los 18 años influyen directamente en el desarrollo de esta patología, como los de Kellner (1985) o Starcevic (1989), que indican que la percepción de vulnerabilidad física y la tendencia a la focalización corporal de los pacientes con ansiedad por la salud o con fobia a la enfermedad se pudieron establecer en la infancia (Fernández-Martínez y Fernández-Rodríguez, 2001).

La hipocondría también está estrechamente relacionada con la ansiedad y el estrés. El psicólogo clínico e investigador Jonathan S. Abramowitz (activo desde la década de 1990), ha investigado en diversas ocasiones la relación entre la ansiedad, el estrés y la hipocondría. En

sus numerosos estudios, observamos cómo la ansiedad generalizada y la preocupación excesiva pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la hipocondría. También ha estudiado cómo los niveles de estrés y la respuesta al estrés pueden influir en los síntomas hipocondríacos. Las personas con hipocondría suelen experimentar niveles elevados de ansiedad y una gran dificultad para manejar el estrés relacionado con su salud. La intervención psicológica se centra en desarrollar habilidades de manejo del estrés, técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento efectivas para reducir los niveles de ansiedad y promover un mayor bienestar emocional. Marcus y Church (2003) observaron que las personas que tienen creencias disfuncionales sobre la salud creen también que las enfermedades graves se presentan con mayor frecuencia de la que realmente se suelen diagnosticar, también tienden a sobrestimar la probabilidad y el peligro de padecerlas (Fergus, 2014; Gellatly y Beck, 2016; Scarella et al., 2016).

Actualmente el enfoque que hay sobre la hipocondría se enmarcaría en el ámbito biopsicosocial, reconociendo que la enfermedad es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos serían la predisposición genética o la sensibilidad a las sensaciones corporales. Los factores psicológicos serían las creencias distorsionadas o los patrones de pensamiento negativos, así como los factores sociales, la influencia del entorno y las interacciones sociales, que también desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de este problema de salud. La intervención psicológica se dirige a cada uno de estos aspectos, teniendo en cuenta la complejidad del trastorno y las características de cada uno de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es diagnosticar y presentar una propuesta de intervención para una paciente con sintomatología que corresponde al trastorno de ansiedad por la salud. Esperamos con ello conseguir una mejora en el estado general de la salud de la paciente, una

disminución significativa de los niveles de ansiedad, una reincorporación a sus actividades diarias paulatina, así como un cambio estable en la forma en la que se presentan los pensamientos catastróficos.

Es por todo esto que, en el siguiente trabajo, se presentará de forma detallada una evaluación, así como la intervención a una paciente con síntomas de trastorno de ansiedad por la salud.

Método

Participante

En este estudio, abordaremos a una paciente de 26 años. Durante su vida, siempre se vio preocupada por hacer las cosas lo mejor posible, pero siempre se ha considerado una persona feliz y alegre. La ansiedad empieza a aparecer en torno a los 18 años, cuando tiene que hacer el cambio del instituto a la universidad, aumentando significativamente a partir del momento de la pandemia de COVID 19. La paciente explica que ha ido sobrellevando altas cargas de ansiedad por “estar acostumbrada a ello”, pero que en los últimos meses le está resultando insoportable. Los problemas de ansiedad son referidos principalmente a temas médicos, los pensamientos que comenta son recurrentes y siempre con algún miedo a que su salud y, por lo tanto, su vida, se vea afectada. Manifiesta que cuando está en un entorno social, su mente divaga en busca de cualquier síntoma relacionado con alguna enfermedad, esto también le pasa cuando está en su casa sola o antes de dormir, llegando a notar un hormigueo constante en un lado del cuerpo y, por lo tanto, pensar que estaba sufriendo algún tipo de ictus o infarto. En una de sus búsquedas hace unos meses, encontró una molestia en un ovario y fue a la ginecóloga, donde le encontraron un tumor benigno llamado teratoma que estaba situado en su ovario izquierdo. El resultado fue una operación y la extirpación de dicho teratoma, lo cual

no hizo sino aumentar su ansiedad. La mayor parte del tiempo la pasa buscando sintomatología, ha dejado de lado las reuniones sociales tanto con familiares como con amigos, los cuales dice que están preocupados por ella.

Viene de un entorno con ingresos medio/altos, de madre profesora y padre empresario, ambos están divorciados y fue de forma amistosa, reside habitualmente con la madre, pero pasa temporadas en casa del padre. La relación con el padre la refiere textualmente como “bueno, cordial, pasa de todo, me da mucha libertad”, mientras que la relación con la madre, aunque también la refiere como libre, dice que es “más de extremos, que igual necesita saber dónde está ya o se pasa tiempo sin necesidad de establecer contacto”. Por lo general, dice que cuando era pequeña, su madre estaba muy pendiente de su estado de salud, así como el de ella misma, yendo a urgencias a veces por cosas inocuas. Tiene un hermano por parte de padre con el que la relación es buena pero no reside con ellos puesto que estudia fuera.

El resto de la familia de la que nos habla es principalmente la materna, ya que es con la que pasa más tiempo, tiene 2 tías y 1 tío biológicos y sus respectivas parejas. Además, sus primas forman parte de su vida diaria, las considera como primas y amigas. La familia paterna no reside en la misma ciudad, pero habla de ellos de forma positiva, sintiéndose muy cómoda con ellos también cuando los visita. En los últimos años perdió a su abuelo materno, cosa que le marcó puesto que era “el pilar de la familia”. Habla de él como un hombre de principios que ha influido positivamente a todos los que tenía en su entorno, y que, como maestro, influyó de forma muy positiva en muchas personas. Su grupo de amigos es extenso, moviéndose entre grupos diversos, como el grupo de amigos del colegio, el grupo de amigos de la universidad, el grupo de amigos de varios trabajos que ha desempeñado, y el de sus primas y su grupo de amigos como otro núcleo de pertenencia. Suele, además, buscar todos sus temores respecto a su salud en páginas de internet que confirman sus peores temores

sobre la enfermedad y, por lo tanto, teniendo que acudir a urgencias a que revisen sus percepciones corporales. Cree fervientemente que los síntomas que percibe están relacionados con el desarrollo de una enfermedad grave (nombre varias veces el cáncer en diversas formas de aparición, como cáncer de mama, de pulmón, de ovarios...), cosa que se vio reforzada cuando le encontraron el teratoma en el ovario.

Tiene miedo de no poder desarrollar su vida diaria, de que su cuerpo cambie y no se encuentre cómoda con ella misma, cree que, si su cuerpo cambia, dejará de gustar a los demás, no solo de una forma afectiva, piensa que, si está enferma, la gente se irá de su lado. Cuando va al médico lo hace como método para controlar la ansiedad, en el momento justo posterior al diagnóstico, en el que le confirman que no hay nada grave relacionado con la salud, se siente calmada, pero luego los pensamientos vuelven a hacer que se pregunte si el doctor no habrá cometido un error, necesitando incluso a veces otra opinión médica o diagnóstico.

Viene a consulta por ella misma, está viendo que se le ha ido la situación fuera de control y no sabe cómo gestionar todo lo que le está pasando.

Variables e instrumentos

Para poder plantear este estudio, nos centramos en diferentes variables. La variable independiente (V.I. en adelante) es la ansiedad rasgo que presenta la paciente, para medirla, se utilizará el cuestionario de ansiedad estado rasgo o STAI y su α es igual a 0,90. (Spielberger, 1982).

Respecto a las variables dependientes (V.D. en adelante), planteamos varias. La primera sería el grado de ansiedad por la salud, esta variable será medida con el cuestionario breve de ansiedad por la salud o SHAI en sus siglas en inglés ($\alpha = 0,87$). Este cuestionario fue desarrollado por Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, (2002), y se encontró una buena

fiabilidad y consistencia interna en el instrumento, siendo óptimo su uso para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por la salud (Salkovskis et al., 2002). Arnáez, García-Soriano, López-Santiago y Belloch-Fuster (2019) realizaron la validación en población española, obteniendo muy buenos resultados en cuanto a fiabilidad y validez. Con este cuestionario mediremos también la variable denominada como consecuencias negativas de estar enfermo.

También mediremos como V.D. el grado de preocupación por la salud, con ello se evalúa la intensidad y frecuencia de las preocupaciones excesivas sobre la salud. La siguiente V.D. serían las creencias catastróficas relacionadas con el estado de salud, también mediremos la preocupación por la enfermedad, preocupación por la salud, preocupación por el cuerpo y las creencias hipocondríacas. Para estas variables usaremos la Escala de Actitudes ante la Enfermedad, EAE (Kellner, 1986), el propio autor en 1987 informó “de una adecuada sensibilidad del instrumento para discriminar personas con hipocondría de otras con diferentes trastornos psicológicos sobre la base de las puntuaciones en las escalas de creencias de enfermedad y de fobia a la enfermedad. Otros autores también han informado de la fiabilidad y validez de este instrumento (Speckens et al, 1996)” (Fernández y Fernández, 1998). También mediremos las creencias de las consecuencias negativas de estar enfermo, y aquí volveremos a usar el SHAI como instrumento de medida. Otra de las V.D. es el nivel de ansiedad estado, para poder evaluar la intensidad de la ansiedad experimentada en relación con las preocupaciones sobre la salud. Se medirá también con el STAI ($\alpha = 0,90$).

Otro de los aspectos que valoraremos será la historia médica y de salud mental, trataremos de recopilar información sobre la historia médica y psicológica del individuo, incluyendo antecedentes de enfermedades, experiencias traumáticas o eventos estresantes. Este aspecto se valorará usando una entrevista semiestructurada.

Intervención: Justificación y desarrollo de las sesiones

Como ya hemos hablado en la introducción del estudio, la terapia más eficaz para este tipo de paciente es la cognitivo-conductual, por eso, en este caso, se ha optado por la aplicación de este modelo además de un entrenamiento en práctica de mindfulness. En un estudio longitudinal de ocho años de duración realizado en un centro de salud a la población que iba a la consulta del médico de cabecera de forma aleatoria, Tyrer et al. (2021), encontraron en sus resultados que la terapia cognitivo conductual había sido efectiva en la mayoría de los pacientes intervenidos de forma aleatoria en cinco hospitales generales repartidos entre Londres, Middlesex y Nottinghamshire. Bouman y Visser (1998 y 2001), encontraron en dos estudios que con el uso de la terapia cognitivo conductual, que la ansiedad por la salud mejoraba tras la aplicación de este tipo de intervención, las mediciones se realizaron con la escala de ansiedad por la enfermedad (EAE) de Kellner. Los pioneros en estos estudios fueron Warwick y Salkovskis (1989,1990), ellos sentaron las bases para formular la resolución de este problema dentro de un marco cognitivo-conductual (Avia, M.D., 2017). Su trabajo se centró en ayudar al paciente a cuestionar todos los síntomas percibidos en las frecuentes autoexploraciones características de este trastorno. Una vez percibidos estos síntomas, se instruye al paciente en la reformulación de dichos pensamientos automáticos negativos y creencias respecto a su sintomatología, produciendo a parte de la intervención propiamente dicha, una fase de psicoeducación. Además, desde esta intervención se abordan las conductas que el paciente realiza con técnicas de relajación. Para poder desarrollar esta intervención en base a esta justificación teórica se han usado diversos manuales, para la parte cognitivo-conductual se ha recurrido a Avia (2017), Pérez, et al. (2003), Botella y Martínez (1997) y para la parte de mindfulness se ha recurrido a Kabat-Zinn (2013) y Siegel (2011).

Por lo tanto, por las características propiamente dichas de la paciente y basándonos en las lecturas anteriormente referidas, se determinó que lo mejor era realizar una intervención en 12 sesiones que combinara tanto sesiones cognitivo-conductuales como su combinación con mindfulness (tabla 2).

Tabla 2

Sesiones de intervención

Nº sesión	Descripción	Objetivo de la sesión
1	Entrevista semiestructurada	Conocer a la paciente y establecer una línea base
2	Pase de cuestionarios	Profundizar en la sintomatología y en el posible diagnóstico
3	Resultados de los cuestionarios e implicaciones del diagnóstico. Plan de tratamiento a seguir	Abordar el funcionamiento de las próximas sesiones
4	Psicoeducación, ansiedad por la salud y pensamientos automáticos negativos.	Ayudar a la paciente a conocer el funcionamiento de la patología
5	Reformulación del pensamiento.	Dar herramientas para la gestión de los pensamientos
6	Stop del pensamiento y mente en blanco	Proveer herramientas para la gestión del pensamiento
7	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y respiraciones diafragmáticas	Ayudar a regularizar la sobreactivación de la paciente
8	Exposición en imaginación con técnica de relajación y respiración	Combinar los elementos cognitivos y conductuales para la gestión de la ansiedad
9	Exposición en imaginación con técnica de relajación y respiración	Combinar los elementos cognitivos y conductuales para la gestión de la ansiedad
10	Exposición en imaginación con técnica de relajación y respiración	Combinar los elementos cognitivos y conductuales para la gestión de la ansiedad
11	Pase de cuestionarios post intervención	Medir la eficacia de la intervención
12	Resultados, prevención de recaídas y finalización de sesiones	Acompañar a la paciente a su desarrollo autónomo

Nota: Descripción de las doce sesiones de intervención aplicadas con la paciente.

Desarrollo de las sesiones

Las tres primeras sesiones serán la fase de evaluación, vamos a entrevistar a la paciente, a conocer sus características para poder establecer un correcto diagnóstico en el cual basar toda nuestra intervención posterior. En ellas, se pasan los cuestionarios pertinentes para poder establecer un diagnóstico y la sintomatología a tratar. La primera sesión será la entrevista semiestructurada (apéndice 1), donde no solo se buscará conocer las afectaciones actuales, sino donde también se preguntará por las afectaciones pasadas y la historia personal relacionada con la salud y la enfermedad. Las dos siguientes sesiones serán el pase de cuestionarios en base a lo descrito en esta primera sesión y los resultados para poder justificar nuestra intervención.

La siguiente sesión (número cuatro), es la sesión de psicoeducación (apéndice 4). Aquí trabajamos la importancia de conocer el ciclo de la ansiedad, todas las características sobre el trastorno de ansiedad por la salud y trasladamos todos los resultados siendo explicados para que la paciente sea capaz de reconocer esta sintomatología en sí misma, además, para la siguiente sesión se pide a la paciente que realice un autorregistro (apéndice 2) basado en el modelo ABC para pensamientos automáticos. En la sesión cinco se explican los errores de pensamiento y sus características. Los pensamientos que trabajaremos son los que apuntó en su hoja de autorregistro en la sesión anterior. El trabajo se centra en desmontar el pensamiento mediante el análisis de este, preguntando y escribiendo cosas como: ¿qué te está diciendo este pensamiento? ¿Para qué está apareciendo en tu mente? ¿En qué te basas para pensar así? ¿Puedes poner un ejemplo de lo contrario? ¿Cómo reformularías el pensamiento?

Después de todas estas tareas y como finalización de la sesión, vamos a trabajar desde la psicología positiva y vamos a agradecerle a nuestro cuerpo y nuestra mente por ser capaz de mantenernos a flote día a día. Escribimos en un “post-it” y lo pegamos en una cartulina en la que ponga gracias. Ejemplo: “gracias a mi porque cada día intento hacer reír a la gente de mi entorno” “gracias cuerpo por llevarme a todos los sitios que necesito”, etc.

En la sesión número seis seguimos trabajando en esta línea, el trabajo se centra en las técnicas de parada del pensamiento y entrenamiento de mente en blanco mediante el uso de mindfulness. Empezamos por 5 minutos de meditación y explicaremos algunos conceptos básicos que tiene que conocer la paciente: el mindfulness es el entrenamiento de la conciencia plena, que no es ni más ni menos que una forma de entrenar la atención para poder estar presentes en el aquí y el ahora. Entre los conceptos que se explicarán estarán que no es una técnica, sino más bien una “filosofía” de vida que tiene base en el budismo. Este estado mental pleno nos ayuda a estar presentes sin juzgar ni pensamientos ni sensaciones, simplemente a dejarlos ser. Los pensamientos aparecen a veces como una cascada y nos perturban, cuando realmente son algo que ocurre porque tiene que ocurrir, porque tenemos conciencia. Cuando prestamos atención a este foco narrativo (los pensamientos y su narración en base a nuestra experiencia) no estamos en el foco experiencial (que significa estar presentes en este momento), aunque ambos focos son necesarios para el desarrollo de una vida plena, necesitamos entrenar el experiencial para poder descansar del narrativo, es decir, de sobrepensar (Kabat-Zinn, J. 2006). La vida, es tal cual es, podemos buscar un camino o una meta, pero lo cierto es que la vida es lo que está sucediendo y no lo que pensamos que debería ser. Esta explicación se hará únicamente en la sesión número seis, en el resto nos tomaremos cinco minutos para practicar al inicio de cada una. Como deberes para casa, tiene que realizar todos los días de 3 a 5 minutos de este ejercicio que hemos practicado.

En la sesión número siete haremos las respiraciones diafragmáticas como método de regulación emocional y corporal y la relajación progresiva de Jacobson. La paciente se lleva a casa un anexo (apéndice 5) con el que practicar cada dos o tres días en su casa, intercalando con las respiraciones y el mindfulness los días que no realice el ejercicio completo.

En las sesiones ocho, nueve y diez se trabaja la exposición mediante imaginación para la regulación corporal y emocional de la sintomatología percibida. En ellas se trabajará en los primeros 5 minutos la práctica de la técnica de mindfulness para conectar con la paciente en el aquí y el ahora. Posteriormente se trabajará bajando los niveles de ansiedad y redirigiendo los pensamientos mediante la técnica de relajación de Jacobson. Estos ejercicios se extienden a lo largo de tres sesiones para reforzar los resultados.

En la sesión once pasamos los cuestionarios post test de la intervención y en la sesión número doce se hace una valoración general de la intervención y de la sintomatología en el momento actual.

El objetivo principal de esta intervención es que la paciente reduzca el nivel de ansiedad y la preocupación por la salud para poder desarrollar su vida diaria.

La hipótesis de la que partimos es que tanto la terapia cognitiva-conductual como su combinación con mindfulness van a ayudar a mejorar la sintomatología de la paciente. Así pues, este estudio está dirigido de manera exclusiva a esta paciente, aunque es factible que en un futuro pudiese realizarse a gente en su misma situación en caso de presentar sintomatología similar.

Procedimiento

Esta intervención ha sido aprobada por el comité de ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche (apéndice 1). Se presentó la propuesta de forma telemática para su aprobación. Además, todos los datos de la paciente se encuentran anonimizados, por lo que es imposible que sus datos queden expuestos de forma pública. Se incluye únicamente una copia del documento que luego firmó la paciente (apéndice 2), quedando sus datos originales en una base. La persona demanda ayuda profesional al centro privado, desde el cual se le asiste y se le propone participar en este trabajo de fin de máster.

Por las características anteriormente descritas (tanto la intervención como la paciente), podemos ver que este trabajo se corresponde a un diseño de caso único, ya que la única persona intervenida es la demandante de ayuda profesional para poder mitigar su malestar.



Resultados

Para la evaluación se ha usado el paquete SPSS statistics. En él se han volcado todos los datos para su posterior análisis. Además, se han corregido los cuestionarios de la forma indicada por sus creadores para poder obtener los datos respecto a la mejor de la paciente. En cuanto a las variables ansiedad por la salud, consecuencias negativas a estar enfermo, ansiedad estado y ansiedad rasgo se han medido en una escala tipo Likert de 0 a 3. Las variables preocupación por la enfermedad, preocupación por la salud, preocupación por el cuerpo y creencias hipocondríacas se tomaron medidas también con una escala tipo Likert, pero con medidas de 0 a 4. En la tabla 3 podemos encontrar tanto las medias como las desviaciones típicas de cada una de estas variables.

Tabla 3*Media y desviación típica*

	Media	Desv. típica
Ansiedad rasgo	2,45	,82558
Ansiedad por la salud	2,28	,72627
Consecuencias negativas de estar enfermo	2,25	,50000
Ansiedad estado	2,65	,48936
Preocupación por la enfermedad	4,66	,57735
Preocupación por el dolor	4,66	,57735
Creencias hipocondríacas	3,66	,57735
Preocupación por el cuerpo	4,66	,57735

En cuanto a la variable dependiente, ansiedad rasgo, nos presenta un dato que en el baremo sería catalogado como bajo, ya que sería un 8. Con estos datos podemos observar que la paciente realmente se encuentra en un momento ansioso de su vida que se ha ido desencadenando respecto a su historia, pero que su estado base es poco ansioso. Esta variable se correlaciona directamente con las consecuencias negativas de estar enferma, las creencias hipocondríacas y la preocupación por el cuerpo (Tabla 4).

Tabla 4*Correlaciones significativas entre variables*

		Consecuencias negativas de estar enfermo	Ansiedad rasgo	Preocupación por el cuerpo	Creencias hipocondríacas
Consecuencias negativas de estar enfermo	Correlación de Pearson	1	-1,000**	-1,000**	-1,000**
	Sig. (bilateral)		<,001	<,001	<,001
	N	4	4	3	3
Ansiedad rasgo	Correlación de Pearson	-1,000**	1	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	<,001		<,001	<,001
	N	4	20	3	3
Preocupación por el cuerpo	Correlación de Pearson	-1,000**	1,000**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001		<,001
	N	3	3	3	3
Creencias hipocondríacas	Correlación de Pearson	-1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001	<,001	
	N	3	3	3	3

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto a las variables independientes encontraríamos diversos resultados. En la corrección del STAI encontramos que la ansiedad estado presenta una puntuación de 31, el baremo nos indica que es una puntuación medio alta para esta variable, lo que implicaría que en estos momentos la paciente se encuentra en un nivel bastante ansioso. Sin embargo, únicamente correlaciona de forma significativa con la variable de la preocupación por la enfermedad (<,001).

Este modelo explica cómo la paciente ha visto afectado su estado anímico por las variables relacionadas con las creencias y las preocupaciones respecto a las consecuencias de estar enfermo, en concreto con las creencias hipocondríacas, la preocupación por el cuerpo y las consecuencias negativas de estar enfermo y así mismo justifica la intervención respecto de forma cognitiva para los cambios en el pensamiento. Los resultados arrojados por el

cuestionario STAI respecto a ansiedad estado, justifican la intervención en técnicas conductuales para la regulación corporal en sintomatología relacionada con la ansiedad por la salud. Una vez realizada la intervención, se pasaron los mismos cuestionarios para la evaluación post intervención. En cuanto a medias, encontramos que, en general, las medias han bajado, por lo que ya podemos ver que la intervención elegida ha sido efectiva para este caso (tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos: media y desviación típica postintervención

	Media	Desv. típica
Ansiedad por la salud	,92	,73005
Consecuencias negativas de estar enfermo	1,50	,57735
Ansiedad estado	1,85	,58714
Ansiedad rasgo	2,45	,82558
Preocupación por la enfermedad	1,66	,57735
Preocupación por el dolor	2,33	,57735
Creencias hipocondríacas	1,66	,57735
Preocupación por el cuerpo	2,33	,57735

Respecto a las correlaciones post test, encontramos en este pase que la ansiedad rasgo en este caso, únicamente correlaciona con las creencias hipocondríacas y la preocupación por el dolor, sin embargo, estas mismas, correlacionan directamente entre ellas, con la ansiedad rasgo y, además, con las consecuencias negativas de estar enfermo y la preocupación por el dolor, siendo en este caso las variables que destacaremos (tabla 6).

Tabla 6*Correlaciones post test*

		Ansiedad rasgo	Consecuencias negativas	Creencias hipocondríacas	Preocupación por el dolor	Ansiedad por salud
Ansiedad rasgo	Correlación de Pearson	1	-,577	1,000**	-1,000**	-,318
	Sig. (bilateral)		,423	<,001	<,001	,268
Consecuencias negativas de estar enfermo	Correlación de Pearson	-,577	1	-1,000**	1,000**	-,577
	Sig. (bilateral)	,423		<,001	<,001	,423
Creencias hipocondríacas	Correlación de Pearson	1,000**	-1,000**	1	-1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001		<,001	<,001
Preocupación por el dolor	Correlación de Pearson	-1,000**	1,000**	-1,000**	1	-1,000**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001	<,001		<,001
Ansiedad por la salud	Correlación de Pearson	-,318	-,577	1,000**	-1,000**	1
	Sig. (bilateral)	,268	,423	<,001	<,001	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Otras variables que correlacionan entre sí serían la ansiedad estado con la preocupación por la enfermedad (<,001).

Una vez realizada la intervención, vemos como la paciente ha mejorado sustancialmente su nivel de ansiedad. Refiere que lo que más miedo le da es que los pensamientos vuelvan a jugarle una mala pasada, pero está convencida de que con las herramientas actuales podrá gestionarlo. Sabe que tiene el teléfono para pedir una nueva cita en caso de ser necesario, pero ella confía en no necesitarlo.

Discusión

El objetivo principal, que era bajar los niveles de ansiedad para que la paciente pudiese realizar su vida cotidiana de la mejor forma posible, se considera que con esta intervención se ha cumplido, lo observamos mediante los datos, así como la paciente lo verbaliza. La hipótesis que se planteó fue que, mediante el uso de terapia cognitivo-conductual, así como estrategias de mindfulness iba a mejorar su sintomatología, y en este caso, se cumple.

En este caso a nivel científico no nos supone un gran avance, pero sí hemos podido observar que la terapia puede ser efectiva en tanto en cuanto se pueda realizar de forma constante. Comprendemos las limitaciones al respecto, con un estudio de caso los resultados al estar sujetos a una única paciente no son extrapolables a mayor parte de la población, pero como ya vimos en los estudios planteados en la justificación (Tyrer, P., et al., (2021), Bouman y Visser, (1998 y 2001), la terapia cognitivo-conductual ha sido una gran herramienta a la hora de la mejora, así como su combinación con el mindfulness. Aunque la meditación va de la mano de las religiones orientales, no es hasta 1960 cuando Jon Kabat-Zinn lo introduce dentro del mundo occidental. En la década de los 2000 ya se empezó a trabajar en estudios para demostrar su utilidad en cuanto al entrenamiento de la atención y se llevó a cabo el primer estudio en 2010 por Lovas y Barsky con 10 sujetos y sesiones de 2 horas (Avia, 2017). Los resultados fueron muy esperanzadores ya que se vieron mejoras en la ansiedad por la salud y la actitud ante la enfermedad, cosa que en este estudio también podemos comprobar que se corrobora. Otra de las limitaciones, es que las variables se han establecido en cuanto a los instrumentos de medida, siempre centrándonos en cosas que se consideraban importantes para el desarrollo y mantenimiento y que pudiesen explicar el trastorno, pero con un estudio más exhaustivo, se hubiese podido hacer mucho más. Por ejemplo, una vez analizados los

datos, vemos cómo podríamos haber añadido otras variables que hubiese sido interesante observar, como pueden ser la percepción del apoyo social, la autoestima (por su miedo a perder su cuerpo actual y verse fea así de cómo ser una molestia para su entorno), el estrés y el estigma que podría derivar de su diagnóstico de ansiedad por la salud. A la hora de realizar un estudio más amplio en el futuro, podrían medirse estas variables y ver su correlación con las tratadas actualmente en este trabajo. Otro aspecto que podría haberse medido es la cibercondría o la búsqueda de sintomatología en internet. Pero por las limitaciones del estudio, no se tuvo en cuenta, pero para un futuro, sería muy interesante poder contar con esta variable y saber cómo afecta y correlaciona directamente con la ansiedad rasgo.

Tras esta intervención, vemos como la salud mental es primordial para el desarrollo de cualquier ser humano. Esta paciente estaba afectada de una forma que le limitaba completamente en el desarrollo de su vida cotidiana. Tenía una distorsión tan acentuada respecto a la sintomatología percibida y una inundación en pensamientos catastróficos tan incontrolados, que terminó alejándose de su entorno y, según sus palabras textuales “sobrevivía en lugar de vivir”. No disfrutaba de la calidad de vida adecuada a su edad y entorno. Tras todas estas sesiones, vimos a esta paciente estabilizarse y volver a tomar las riendas de su vida, por lo tanto, debemos tener claro que cuidar de nuestra salud mental nos permite funcionar de manera efectiva en diversos aspectos de la vida y contribuye al bienestar tanto personal como colectivo. La salud mental es esencial para llevar una vida plena y significativa.

Bibliografía

American Psychological Association [APA], (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM V). Editorial Médica Panamericana.

Arnáez, S. (2019). Vulnerabilidad cognitiva a la hipocondría: intrusiones, valoraciones y creencias disfuncionales. [Programa de Doctorado en Investigación en Psicología, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics].
https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/71580/Tesis_S.%20Arn%C3%A1ez.pdf?sequence=1

Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J., & 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>.

Arnáez, S., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2019). Creencias disfuncionales en la hipocondría: un estudio familiar. *Anales de Psicología*, 35(1), 19-25. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.317501>.

Avia, M. D. (2017). La hipocondría. Concepto y tratamiento del miedo a la enfermedad, una propuesta cognitivo-conductual. Madrid: Alianza Editorial.

Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C. y Gély, M.C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y salud*, 21(2), 227-237. doi: 10.25009/pys.v21i2.575

- Barsky, A., Ahern, D., y Chocrón, L. (2004). La terapia cognitivo-conductual es efectiva en pacientes hipocondríacos. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 11(8), 521. doi: 10.1016/s1134-2072(04)76202-7
- Botella, C. y Martínez Narváez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. En: Caballo, V. (dir). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (3ª Ed., vol. 1, pp. 355-402). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Fernández-Martínez, R. y Fernández-Rodríguez, C. (2001). Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un centro de salud de atención primaria. *Psicothema*, Vol. 13 (nº 4). 659-670.
- Gellatly, R., y Beck, A. T. (2016). Catastrophic thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441-452.
- Guillén Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas.*
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Kairós.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42, 821-833.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Marcus, D. K., & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 543-547.

Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C, y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (Vol. 1) Madrid: Pirámide.

Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A. y Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207.

Siegel, R.D. (2011). *La solución mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo* (2ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Tyrer, P., Wang, D., Crawford, M., Dupont, S., Cooper, S., Nourmand, S., Lazarevic, V., Philip, A., Tyrer, H. (2021). Sustained benefit of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients (champ) over 8 years: a randomised-controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(10), 1714-1722. <https://dx.doi.org/10.1017/S003329172000046X>

Warwick, H. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 33, 7, 845-853.

Warwick, H. y Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28, 2, 105-117.

Apéndices

Apéndice 1: Autorización comité de ética.



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 31/07/2023

Nombre del tutor/a	Beatriz Bonete Lopez
Nombre del alumno/a	María Eugenia Soriano Guilabert
Tipo de actividad	5. Sin implicaciones Asistencial
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Evaluación y proyecto de intervención en paciente con ansiedad por la salud
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	230731014501
Código de autorización COIR	TFM.MPG.BBL.MESG.230731
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Evaluación y proyecto de intervención en paciente con ansiedad por la salud** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional, puesto que se trata de un trabajo de práctica clínica asistencial docente, es decir, no tiene fines científicos y, por tanto, no se pretende publicar los resultados en una revista científica. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del Investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



Apéndice 2: Modelo de consentimiento informado firmado por la paciente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años y con DNI nº

Manifiesto que he sido informado/a y he entendido la información que se me ha explicado sobre el proyecto, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el mismo y que he recibido información suficiente para participar en el.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y presto libremente mi conformidad para participar en el.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Elche, a de de 20

Apéndice 3: Preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada para diagnóstico.

1. ¿Cuándo empezaste a preocuparte por la salud?
2. ¿Ha habido algún error médico que te haya afectado?
3. ¿Cómo se ha desarrollado a lo largo del tiempo esta preocupación?
4. ¿Sueles autoexplorarte buscando síntomas?
5. ¿Qué haces si encuentras algún síntoma?
6. Descríbeme una situación en la que encontraras algún síntoma, qué pensaste, qué sentiste y qué hiciste.
7. Y tu familia, ¿Cómo actúa?

Apéndice 4: Documento de psicoeducación sobre cómo funciona la ansiedad.

¿Qué es la ansiedad?

Es la sobreactivación del sistema nervioso ante un estímulo que no representa la amenaza real que el sujeto percibe. Es un mecanismo natural, es decir, sentir ciertos nervios o inquietud ante ciertas situaciones es habitual, el problema viene cuando esa activación se da por un estímulo que no representa una amenaza real, aunque el sujeto la perciba como tal.

¿Cómo funciona?

El cerebro hiperreacciona ante un estímulo, mandando la señal de peligro, lo que conlleva la activación del sistema cerebral que activa el mecanismo de escape/huida. Esto desencadena después todo el ciclo de la ansiedad, en el que los pensamientos, las emociones, la respuesta física y las conductas que realizamos ante el estímulo ansioso, ayudan a que la ansiedad se mantenga.

Los pensamientos automáticos negativos son los más habituales, características:

- Son mensajes específicos que nos genera la mente.
- Por muy irracionales que sean, tienden a ser creídos.
- Estos pensamientos se viven como espontáneos.
- Tienden a dramatizar.
- Son relativamente idiosincráticos.
- Son difíciles de desviar.
- Son aprendidos.

Tipología:

- Catastrofizar: creemos que va a ocurrir el peor resultado posible.
- Conclusiones precipitadas: considerar muy probable el resultado temido.
- Visión de túnel: centrarnos solo en la información mala y obviar lo bueno.
- Miopía mental: creer que la amenaza es inminente.
- Razonamiento emocional: creer que a mayor intensidad de ansiedad mayor amenaza real.
- Pensamiento “todo o nada”: ver amenaza y seguridad en términos rígidos y absolutos.

Conclusiones:

- Es una respuesta natural.
- Lo que hacemos y pensamos, ayuda a que se mantenga un nivel elevado de ansiedad.
- Vamos a ayudar a nuestra mente a recordar que ese estímulo NO es tan dañino como cree.
- La ansiedad no es nuestra dueña, podemos superarla y aprender recursos para el futuro. La vida es cíclica y puede volver aparecer algo que desate la respuesta ansiosa, pero con los recursos adecuados, aprenderemos a manejarla.

Apéndice 5: Guía para la relajación progresiva para el paciente.

Importancia del ejercicio: Recuperar la sensación de control corporal. Somos nosotros los que manejamos nuestro cuerpo y no al revés.

Postura idónea:

- En silla con reposacabezas, piernas rectas con un ángulo de 90º, brazos sobre el reposabrazos, espalda completamente pegada al respaldo.
- **Variaciones:** en caso de no tener reposacabezas, dejar la cabeza caer levemente sobre el pecho. En caso de no tener reposabrazos, apoyar los brazos con la palma de la mano en los muslos.
- Para **posición tumbado/a:** que el cuerpo repose enteramente sobre el colchón, con la cabeza ligeramente subida por la almohada. Piernas en línea y brazos rectos tocando la superficie con la palma de la mano.



Cómo realizarlo: Tensar los grupos musculares durante 10 segundos aproximadamente, posteriormente se destensa durante unos 25-30 segundos. Acompañar la tensión de inspiración y la distensión de espiración. Se recomienda realizar una segunda ronda en cada grupo muscular, pero esta vez la distensión deberá durar unos 40-50 segundos.

Grupos musculares:

1. Mano dominante: apretamos el puño.
2. Brazo dominante: apretamos el codo contra nosotros, contra la cama o contra el reposabrazos.
3. Mano no dominante: apretamos el puño.
4. Brazo no dominante: apretamos el codo contra nosotros, contra la cama o contra el reposabrazos.
5. Frente: arrugamos la frente.
6. Ojos y nariz: apretamos los ojos y elevamos la nariz.
7. Boca: Lengua contra el paladar superior, dientes y labios apretados.
8. Cuello: mantenemos tira y afloja como si quisiéramos tocarnos el pecho con la barbilla, pero la tensión no nos lo permite.
9. Espalda y hombros: intentamos juntar los omoplatos lo máximo posible.
10. Estómago: contraemos como si fuesen a pegarnos un puñetazo en el estómago.
11. Bajo vientre y glúteo: contraemos ambos hacia dentro, como si quisieran juntarse.
12. Muslo pierna dominante: presionamos el muslo contra la silla mientras apretamos el cuádriceps.
13. Pierna dominante: elevamos la pierna e intentamos traer el pie hacia nosotros.
14. Pie dominante: elevamos la pierna y estiramos el pie hacia delante a la vez que contraemos los dedos.
15. Muslo pierna no dominante: presionamos el muslo contra la silla mientras apretamos el cuádriceps.
16. Pierna no dominante: elevamos la pierna e intentamos traer el pie hacia nosotros.
17. Pie no dominante: elevamos la pierna y estiramos el pie hacia delante a la vez que contraemos los dedos.