



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2019-2020

Trabajo Fin de Máster

Ansiedad por la Salud en una Mujer Adulta: Un Estudio de Caso

Autor/a: María A. Giordano

Tutor/a: María Virtudes Pérez Jover



Resumen

En el presente trabajo se describe el caso clínico de una mujer de 22 años que consulta con sintomatología compatible con el diagnóstico de ansiedad por la salud.

La paciente acude al centro en febrero de 2020 por pinchazos a nivel abdominal que relaciona con miedo intenso a estar desarrollando un cáncer de útero o de ovario y preocupación constante por su estado de salud.

Este pensamiento constante le afecta en su vida cotidiana impidiendo el transcurso normal de sus actividades. El objetivo central fue potenciar habilidades de afrontamiento e incrementar el control sobre la sintomatología ansiosa generada por el miedo a padecer una enfermedad grave.

La evaluación ha incluido medidas de ansiedad (STAI), de depresión (BDI II), de ansiedad por la salud (SHAI), de pensamientos intrusos (INPIE) y aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad (MCMI-III), así como autorregistros.

Se aplicó terapia cognitiva-conductual entrenando en estrategias tales como reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, experimentos conductuales, exposición en imaginación y en vivo. La intervención se desarrolló durante 25 sesiones de tratamiento.

Se compararon los resultados del pre y post tratamiento revelando una disminución de la sintomatología ansiosa y una reducción de las conductas de evitación, escape y reaseguro.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, ansiedad por la salud, evaluación, tratamiento.

Abstract

This paper describes the clinical case of a 22-year-old woman who consults with symptoms compatible with the diagnosis of health anxiety.

The patient came to the center in February 2020 due to abdominal pain associated with an intense fear of developing uterine or ovarian cancer and constant worry about her state of health.

This constant thought affects her daily life, preventing her from carrying out her normal activities. The main objective was to enhance coping skills and increase control over the anxious symptomatology generated by the fear of suffering a serious illness.

The assessment included measures of anxiety (STAI), depression (BDI II), health anxiety (SHAI), intrusive thoughts (INPIE) and functional and dysfunctional aspects of personality (MCMI-III), as well as self-registers.

Cognitive-behavioral therapy was applied by training in strategies such as cognitive restructuring, self-instructions, behavioral experiments, imaginal and live exposure. The intervention was developed during 25 treatment sessions.

Pre- and post-treatment results were compared revealing a decrease in anxious symptomatology and a reduction in avoidance, escape and reassurance behaviors.

Key Word: coping strategies, health anxiety, assessment, treatment

Introducción

El término de ansiedad por la salud fue propuesto por Salkovskis y Warwick (1990) para describir un continuo de preocupación sobre la salud que oscila entre preocupación leve, a veces transitoria, hasta la preocupación mórbida en que el individuo cree padecer una enfermedad grave. Es un trastorno caracterizado por el miedo intenso a padecer una enfermedad grave que aparece ante la percepción de síntomas inocuos o sensaciones corporales que se interpretan de manera errónea como amenazantes o peligrosos y desencadena la aparición de pensamientos intrusos no deseados, distorsionados que provocan ansiedad.

Las intrusiones mentales son eventos cognitivos discretos, no deseados e inesperados que se experimentan conscientemente en forma de pensamientos, imágenes, sensaciones e impulsos. Interfieren con el flujo normal de pensamientos, tienden a ser recurrentes y promueven los esfuerzos de resistencia subjetivos, al igual que la preocupación y la rumia. (Belén Pascual-Vera et al., 2019).

La forma en que las personas interpretan y reaccionan a los pensamientos intrusivos que ocurren naturalmente sobre la enfermedad parece ser un marcador de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de ansiedad por la salud, asociado a creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad. (Arnáez, et al. 2021)

La interpretación catastrófica de los síntomas corporales como indicadores de enfermedad grave conducirá al paciente a experimentar una intensa ansiedad, que se acompaña de activación fisiológica (sudoración, palpitaciones, mareos, etc.). El paciente puede interpretar este aumento de la sintomatología como una confirmación de que realmente «le ocurre algo malo», lo que aumentará su ansiedad y los síntomas asociados a la misma, dando lugar a o un círculo vicioso de síntomas, interpretaciones

catastróficas y ansiedad. (Rachman, 2012). La ansiedad y el bajo estado de ánimo pueden incrementar los pensamientos negativos y rumiativos acerca de la enfermedad.

Este mecanismo puede potenciar el sesgo confirmatorio que hace que el paciente solo atienda determinada información relacionada con la enfermedad (autofocalizada) y desestime aquella información que indica que goza de buena salud. Las sensaciones se perciben de manera más intensa, y la persona se mantiene alerta a los mínimos cambios de su cuerpo que pueden provocar pensamientos catastróficos como la posibilidad de estar desarrollando un cáncer o padecer un infarto.

El sesgo de confirmación es un sesgo cognitivo y está relacionado con el procesamiento de la información, que a su vez está reforzado por otros supuestos relevantes en la ansiedad por la salud, tales como «si no me preocupo por mi salud, probablemente me pondré enfermo». (Marcus et al., 2007, como se citó en Belloch, 2019).

Este proceso dispara en el paciente una serie de conductas dirigidas a evitar, reducir, comprobar o descartar la probabilidad y el impacto de la amenaza. Conductas como evitar ir al médico por el miedo a ser diagnosticado de la enfermedad temida, o reasegurar que no tiene dicha enfermedad y para ello visita frecuentemente especialistas solicitando la realización de pruebas que demuestren que no tiene la enfermedad.

Las sensaciones corporales percibidas, los pensamientos intrusos sobre la enfermedad o imágenes relacionadas y el sentimiento de no ser capaz de hacer frente a la amenaza pueden desencadenar una serie de conductas para evitar o disminuir el impacto de la amenaza como buscar consejo y ayuda. (Muse et al., 2010).

Estas conductas disfuncionales a corto plazo disminuyen la ansiedad, tranquilizando al paciente, pero a mediano y largo plazo funcionan como mantenedoras

y potenciadoras de la ansiedad por la salud. Los comportamientos más disfuncionales y característicos que llevan a cabo las personas con ansiedad por la salud son la vigilancia y comprobaciones de su cuerpo, la búsqueda de reaseguro, la búsqueda de información y la evitación (Rachman, 2012).

El diagnóstico de ansiedad por la salud no está reconocido en el sistema de la Organización Mundial de la Salud (CIE, Clasificación internacional de enfermedades) en donde permanece como hipocondría (término que es discutido en la jerga científica por su originario vínculo con patología digestiva) y en la American Psychiatric Association (el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) se reconoce como trastorno de ansiedad por la enfermedad.

En cuanto a la prevalencia de la ansiedad por la salud los estudios son escasos, hay uno propiciado por la OMS (Gureje, et al, 1997) referido a la prevalencia en atención primaria en diferentes contextos, realizado en 14 países, basado en criterios de la CIE-10 que establece una prevalencia media del 0,8 % en un rango que oscilaba entre el 0,2 y el 1,2 %, con la excepción de la prevalencia más alta en Nigeria, 1,9%, y Chile 3,8%.

La piedra angular de cualquier enfoque de tratamiento de la ansiedad por la salud es establecer una buena relación terapéutica con el paciente y el tratamiento psicológico, especialmente la terapia cognitivo-conductual, continúa siendo la estrategia de tratamiento que ofrece mejores resultados (Stacervic, 2015).

Los objetivos del tratamiento:

- 1- Conocer la función adaptativa necesaria de la ansiedad.
- 2- Conocer el modelo explicativo de la Genesis y el mantenimiento del problema de la ansiedad por la salud.

- 3- Identificar y combatir los pensamientos anticipatorios referidos a los síntomas y molestias que relaciona con un cáncer, sustituyéndolos por otros más adaptativos.
- 4- Favorecer la exposición gradual a situaciones evitadas como la consulta y el examen ginecológico, con unos niveles de ansiedad adecuados.
- 5- Identificar y combatir las conductas de comprobación como parte de la estrategia para disminuir la ansiedad y la preocupación por la salud.

Método

Presentación del Paciente y Motivo de Consulta

En el presente trabajo se presenta un diseño de caso único. La participante es una mujer adulta de 23 años, con un nivel socioeconómico medio, soltera y con relación de pareja estable desde hace 2 años. En el momento de la intervención vivía en el domicilio familiar junto con sus padres, y era la menor de dos hermanos. Estudiante del último año de la carrera de Criminología, en el momento actual se encontraba realizando el TFG (Trabajo Fin de Grado).

En febrero de 2020 acude a consulta derivada por el psiquiatra de la unidad de Psicología y Medicina del Hospital Internacional Vithas, Medimar, siendo la primera vez que visita un psicólogo. No ha recibido tratamiento psicofarmacológico por su problemática. Asiste a la primera consulta acompañada por su madre.

En referencia a la sintomatología que la trae a solicitar ayuda psicológica refiere a diario molestias a nivel abdominal, pinchazos dolorosos, desánimo, dificultad para concentrarse y miedo y preocupación constante a estar desarrollando una enfermedad grave, un cáncer de ovario o de útero concretamente. Este malestar suele presentarse en horario de la tarde y sobre todo cuando se encuentra en casa y a solas con sus padres,

situación que intenta evitar. La paciente comenta estar preocupada porque su madre tiene un problema con la bebida del que no es consciente y que tiene su punto de máximo efecto en la tarde, tras la bebida consumida durante la cena. “Mis padres son incapaces de beber agua, pero mi madre empieza por la mañana a beber alcohol y no entiende que tiene un problema que debería solucionar”.

Otra situación evitada en la que no puede ni pensar por el miedo a que le confirmen el diagnóstico es solicitar una revisión ginecológica.

La sintomatología está presente de manera más acentuada desde hace un año aproximadamente, coincidiendo con el diagnóstico médico de su cuñada de linfoma.

Los pensamientos sobre la enfermedad le generan un cuadro de ansiedad, con taquicardia, desánimo, dificultad en la convivencia con sus padres, miedo a estar a solas con ellos, dificultades en los vínculos con los pares e imposibilidad para concentrarse, hecho que motiva el abandono de actividades académicas.

Estrategia de Evaluación

Se utilizaron diversos procedimientos para la obtención de información con el objetivo de analizar y conocer los factores desencadenantes, predisponentes, mantenedores y la evolución del problema hasta la actualidad.

La evaluación inicial del problema consistió en una entrevista clínica para recabar la información necesaria y establecer un análisis funcional. Se realizó en tres sesiones en las que se evaluó su problema de ansiedad, concretamente en qué medida la ansiedad interfería en su día a día afectando las áreas académica, familiar, social y de ocio.

En las sesiones siguientes se focalizó la atención en realizar un diagnóstico correcto, así como una explicación detallada del problema para elaborar una estrategia de intervención, dando prioridad al vínculo empático con la paciente.

Se utilizó el modelo de entrevista clínica diagnóstica estructurada para la ansiedad por la salud, con el fin de realizar un diagnóstico diferencial y descartar la presencia de otras psicopatologías como trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo.

Para tener una descripción más detallada del problema se diseñaron registros específicos a lo largo del proceso con el fin de evaluar los pensamientos automáticos que acompañaban a sus emociones negativas más intensas. Dicho registro refleja el componente fisiológico (sensaciones y síntomas percibidos), el componente cognitivo, (pensamientos negativos automáticos o imágenes que vienen a la mente en ese momento), el componente conductual (conductas que desencadenan la preocupación por la salud) y el factor situacional (qué estaba haciendo en ese momento).

Para tener una medida pre y post tratamiento que permitiera valorar la evolución y la eficacia del tratamiento se administraron los siguientes instrumentos:

- 1- ***Inventario de depresión de Beck II*** en su versión española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Se trata de una medida de autoinforme que proporciona información sobre la presencia y gravedad de la depresión a través de 21 ítems con cuatro afirmaciones cada uno que reflejan la ausencia o presencia en distintos niveles de intensidad de una variedad de síntomas depresivos. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las afirmaciones seleccionadas, que van de 0 a 3, obteniéndose una puntuación que oscila en un rango de 0 a 63. Se considera depresión cuando puntúa más de 13. (14-19

depresión leve, 20-28 depresión moderada, 29-63 depresión severa). Presenta una consistencia interna elevada, con un alfa de Cronbach de 0.87,

2- ***Cuestionario de autoevaluación de ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)***

constituido por 40 ítems distribuidos en dos escalas separadas que cuantifican dos conceptos distintos de la ansiedad: como estado actual (E) y como característica estable de la personalidad (R). Cada una de las escalas consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert y puntúan entre 0 y 3 puntos, para A/E (nada-mucho) y A-R (casi nunca-casi siempre). Las puntuaciones pueden variar de 0 a 60 puntos. Una vez obtenidas las puntuaciones directas se trasladan a la tabla de baremos, de la que se obtiene el nivel de ansiedad. En mujeres una puntuación mayor a 20 en la escala de ansiedad-estado y mayor de 23 en ansiedad-rasgo se considera indicador de ansiedad.

En relación con la fiabilidad, los autores establecen una alta consistencia interna (0.90-0.93 subescala estado y 0.84-0.87 subescala rasgo) y buena validez ya que muestra correlaciones elevadas (0.73-0.85) con otras medidas de ansiedad.

3- ***Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad revisado (INPIE-R***

Arnáez, Garcia Soriano y Belloch, 2017) El propósito de este cuestionario es evaluar la presencia de pensamientos, imágenes y sensaciones o impulsos intrusos y no deseados sobre la enfermedad.

Consta de dos partes diferenciadas. La primera de 45 ítems evalúa la frecuencia con la que las personas experimentan pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad.

En la segunda parte el participante escoge su pensamiento más molesto del listado y evalúa varias dimensiones como malestar, ansiedad, tristeza e interferencia que provoca el pensamiento intruso más molesto y la frecuencia

con que emplea estrategias generales de control para reducir la molestia generada por el pensamiento.

La primera parte del INPIE tiene buenas propiedades psicométricas en población general, con una consistencia interna (α) que oscila entre 0,80 y 0,94. La segunda parte tiene una consistencia interna aceptable, entre 0,65 y 0,81.

- 4- ***Inventario de ansiedad por la salud, versión abreviada. SHAI***, Validación al español de Arnáez, García, Soriano, López-Santiago, Belloch, 2019. Es un cuestionario que evalúa la ansiedad por la salud (sensibilidad del 100% y especificidad del 95%) independientemente del estado de salud física. Una puntuación de 40,5/54 de la escala total en la población española es el punto de corte para diferenciar entre ausencia y presencia del trastorno.
- 5- ***Inventario clínico multiaxial de Millon, MCMI-III*** (Millon, Davis y Grossman, 2009). Es un cuestionario utilizado para la evaluación de la personalidad que consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero-Falso. Los distintos aspectos de la personalidad patológica se presentan en 26 escalas: cuatro escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad correspondiendo al Eje II del DSM-V; tres escalas de personalidad patológica; seis síndromes clínicos de gravedad moderada; y tres síndromes clínicos de gravedad severa perteneciendo al Eje I del DSM-V. Las puntuaciones directas se convierten en puntuaciones de prevalencia (PREV) utilizando las tablas obtenidas con la muestra de población española. En cuanto a las escalas pertenecientes al Eje II, una PREV 75 puede indicar rasgos de personalidad clínicamente significativos, mientras que, elevaciones de PREV 85 pueden mostrar un trastorno de personalidad. Para el Eje I, puntuaciones PREV de 75 indica la presencia de un síndrome y una PREV de 85 o más indica prominencia. Tiene buenas

propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest entre 0,84 y 0,96 y con una consistencia interna superior a 0,80. La consistencia interna de cada escala tiene una fiabilidad adecuada, superando en más de 21 escalas el valor de coeficientes alfa de Cronbach de 0,75.

Análisis Funcional y Formulación Clínica del Caso. Dada la información que fue recogida en la entrevista clínica como la que proporcionan los instrumentos realizados podemos inferir que la paciente presenta como factores predisponentes: un rasgo de personalidad ansiosa, con afectividad tendiente a la negatividad que favorece la experimentación de emociones negativas, con tendencia a la dependencia que se refleja en la puntuación obtenida en el Millon: necesidad arraigada de aprobación y reconocimiento social, evidente por su tendencia a mostrar su cara más favorable y una ingenuidad general sobre asuntos psicológicos incluyendo un posible déficit de introspección.

Cuarón (1988), citado por Maldonado, (2008) señalaba que la conducta problemática de la madre alcohólica, quien suele alternar su rol pasivo y dependiente, causa un fuerte sentimiento de inseguridad y ansiedad en el hijo, así como predisposición a la baja autoestima. Los datos aportados por la paciente confirman este rasgo de personalidad ansioso y dependiente "... normalmente intento no quedarme sola en casa con mis padres, mi vida gira en torno a mi novio, mis planes dependen de los de él..."

Otra variable disposicional socio ambiental predisponente es la historia de enfermedad que ha vivido y que acompaña a la paciente desde la adolescencia y ha dado lugar a sus creencias de enfermedad. Cuando la paciente tenía 12-13 años fallece su abuela materna (yaya) de cáncer de hígado metastásico que genera en la familia un impacto emocional importante que relata como "Hasta el día de hoy mi madre no ha

superado la muerte de mi abuela, aún perdura y yo fui su consuelo en ese momento... Fue la muerte más dura y triste de mis abuelos. De hecho, mi madre no se ha recuperado hasta el día de hoy, creo que sufrió una depresión importante que aún padece hoy en día". Al poco tiempo fallece su abuelo materno también de cáncer y la paciente recuerda que su último tiempo de vida, fue de sufrimiento y dolor.

Han fallecido sus abuelos paternos, pero de ellos recuerda un duelo más normal y una muerte más natural. Aunque tiene muy presente un hecho ocurrido en el entierro de su abuelo paterno hace un año y medio, en el mes de octubre, ... "es que lo recuerdo clarísimo, mi cuñada me dijo, es que tengo un bulto aquí, señalándose la garganta, pero después le aparecieron bultos por las piernas, fuimos al médico y le diagnosticaron un linfoma, la acompañamos en el tratamiento, mi hermano no era persona, sufría muchísimo, lloraba, recibió quimioterapia, luego radioterapia... Muchas veces pienso, ella se ha curado y está embarazada y yo aun sigo con un cáncer por curar, porque hace 1 año que le dieron el alta... Y lo pienso y me digo a mí misma muchas veces que por mi falta de valentía voy a morir y por mi resistencia a ir al ginecólogo voy a empeorar la situación... Y también pienso que en cuanto vaya al ginecólogo me va a decir que tendría que haber ido antes...".

Hace dos años falleció un tío de cáncer de páncreas metastásico, y la paciente guarda el recuerdo de imágenes donde ve a su tío con su madre como punto de apoyo y "los últimos meses fueron lo peor, con mucho dolor y sufrimiento" relata la paciente.

Con estos factores predisponentes se ha formado en la paciente una historia de enfermedad y una creencia de enfermedad donde está muy presente el cáncer en etapa terminal con desenlace trágico de sufrimiento, dolor y muerte que impresiona incluso con duelos complicados. "Mi madre hasta el día de hoy no ha superado la muerte de mi

abuelo, de hecho, desde ese momento ha incrementado el consumo de alcohol, llegando hoy en día a ser alcohólica”.

En cuanto a los factores precipitantes podemos inferir una sensación de vulnerabilidad emocional en la paciente “Yo pienso que tengo factores predisponentes para el cáncer por todos los padecimientos que se han vivido en mi familia”.

Como desencadenante interno está el hecho ocurrido hace dos años aproximadamente mientras se estaba duchando donde se palpó un bulto en el pecho, que asoció con cáncer de mama. No se lo dijo a nadie en el momento, pero se miraba en el espejo y se palpaba constantemente el pecho, el pensamiento de estar desarrollando un cáncer le daba vueltas, hasta que, pasados quince días se lo confesó a su madre quien la acompaña a consultar al ginecólogo. “En ese momento lo viví como algo normal, me hicieron una revisión y me dijo: no tienes nada, estabas con la regla y es normal que tengas esos bultos, con lo cual me quedé tranquila, y con el tiempo desaparecieron las molestias”.

Pero a partir de allí comienza a estar muy atenta a las sensaciones de su cuerpo focalizando y amplificando la atención en la zona genital percibiendo desde hace un año sensaciones intensas tipo pinchazos dolorosos que le producen malestar.

En la aparición de estos síntomas o estímulos internos parecen jugar un papel importante el factor ambiental del momento del día (el anochecer), y el hecho de estar a solas con sus padres, es decir sin su novio, según refiere la paciente “Normalmente me pasa estando en casa sola con mis padres, y por las noches”. Este hecho coincide con el momento del día en que su madre se encuentra alcoholizada.

Como desencadenante externo se plantea el hecho que ocurre hace aproximadamente un año y medio en el velatorio de mi abuelo “Recuerdo clarísimo que

mi cuñada me dijo que se notaba un bulto en el cuello, y me dijo que lo palpara, y a partir de allí fue horrible, le aparecieron más bultos, le hicieron analíticas y le diagnosticaron el linfoma, luego quimioterapia...”

La sensación de vulnerabilidad emocional, los estímulos internos (síntomas) y los estímulos externos (sola en casa de sus padres) son los factores que precipitan en la paciente el pensamiento de enfermedad que da lugar a valoraciones disfuncionales de síntomas inocuos como sobreestimar y catastrofizar “Y si estos pinchazos son indicios de estar desarrollando un cáncer ... y me viene a la mente el sufrimiento y no puedo parar de pensar en mi funeral”. Estas valoraciones disfuncionales activan el programa de ansiedad con la sintomatología propia como es la sensación de falta de aire, taquicardia que llevan a la paciente a intensificar los síntomas y poner en marcha estrategias de afrontamiento como:

- Conductas evitativas: no permitir que su novio roce o toque la zona abdominal afectada.
- Conductas de escape: llamando a su novio o alguna amiga para no estar a solas en casa con sus padres por la tarde. El consumo de cannabis parece tener la misma función “Por las noches me cuesta dormir y me doy cuenta de que he aumentado el consumo de cannabis, el de la noche no me puede faltar”. Al preguntar sobre la frecuencia y el hábito de consumo comenta: “El consumo comenzó siendo esporádico, ahora es el acompañante de cualquier plan y fumo en casa, aunque lo tengo controlado y no me preocupa de momento”.
- Conductas de reaseguro: preguntando sobre la procedencia del dolor a sus padres o a su novio, quienes la tranquilizan diciéndole que no es nada, así como búsqueda de información en internet “He encontrado que a edades tempranas

pueden aparecer cánceres silenciosos...” o a través de su amiga que está estudiando medicina.

- Conductas de comprobación: palpándose ella misma la zona abdominal en reiteradas ocasiones buscando variaciones en las sensaciones percibidas.

Estas estrategias de afrontamiento producen a corto plazo una disminución de la ansiedad, pero como efecto rebote a mediano y largo plazo producen la ansiedad por la salud y su mantenimiento. Ante nuevos episodios de pensamientos de enfermedad producidos por estímulos tanto internos como externos valorados disfuncionalmente se desencadena el arousal fisiológico de la ansiedad que aumenta la intensidad sintomatológica dando lugar nuevamente a estrategias de afrontamiento.

Tratamiento. El tratamiento del paciente con ansiedad por la salud es difícil en tanto la creencia de que su patología es física es consistente, por lo que la resistencia a recibir un tratamiento de orden psicológico está a flor de piel. De hecho, la paciente se presenta como “muy científica y concreta” por lo que no le da confianza practicar la meditación propuesta como técnica de autocontrol pues no le ve base científica.

El tratamiento se realizó en el transcurso de un año (desde mediados de febrero de 2020 hasta marzo de 2021) siendo el número total de sesiones de 25 de una hora de duración, a excepción de la primera entrevista, que tuvo una duración de una hora y media. La totalidad de las sesiones siguió un abordaje individual, se realizaron con una periodicidad semanal-quincenal, dependiendo de la disponibilidad de la paciente.

Es preciso destacar que desde marzo hasta julio de 2020 se suspendieron las sesiones presenciales debido al confinamiento decretado por el gobierno con suspensión de prácticas por covid-19. En ese período de tiempo se realizó un seguimiento telefónico y en una ocasión una sesión online.

La intervención tuvo un enfoque cognitivo-conductual por su eficacia en la reducción de síntomas y menor tasa de recaídas en problemas de ansiedad (American Psychological Association, 2015).

Tabla 1

Estrategia de intervención

<i>Estrategia de intervención</i>	<i>Sesiones</i>
➤ Entrevista motivacional y evaluación	1-3
➤ Psicoeducación	4
➤ Confinamiento	5
➤ Reestructuración cognitiva.	6-8
➤ Técnicas de autocontrol. <ul style="list-style-type: none"> • Recursos y habilidades de afrontamiento para la ansiedad. • Respiración diafragmática. • Relajación progresiva de Jacobson. 	9-12
➤ Jerarquía de situaciones ansiógenas <ul style="list-style-type: none"> • Autoinstrucciones. 	13-14
➤ Exposición en imaginación y en vivo con prevención de respuesta.	15-23
➤ Evaluación	24-25

En la primera sesión se presentó la terapeuta especializada en adultos de Psicoactua y me presento como coterapeuta. Se logra un clima distendido donde la paciente expone lo que le pasa y la terapeuta le dice que realizaremos una evaluación con recogida de datos mediante instrumentos específicos para elaborar un diagnóstico y una estrategia de intervención. Se utilizaron preguntas abiertas, escucha activa, se desarrollaron discrepancias de su problemática y se evocaron las razones para el cambio.

En la sesión 2 y 3 se continuó con la evaluación y recogida de datos y se comenzó la psicoeducación sobre la ansiedad y el eje situación-pensamiento-emoción-

conducta, utilizando el autorregistro con situaciones como “Estando en casa con mis padres (situación) siento pinchazos en la parte inferior derecha de la barriga que asocio con que “¿No estaré desarrollando un cáncer? (pensamiento), me genera ansiedad y malestar (emoción) y hace que llame a una amiga o a mi novio para que se venga para no estar sola con mis padres (conducta)”.

Como tarea para casa se pidió un autorregistro con situación, emoción, intensidad de la emoción, pensamiento y que hago para aliviar esa sensación.

Tabla 2

Autorregistro de pensamientos distorsionados.

Situación (que estoy haciendo)	Emoción	Intensidad de la emoción	Pensamiento	¿Qué hago?

También se comenzó con biblioterapia que consistió en la lectura de 2 capítulos del libro “Adiós ansiedad” que se trabajaron en sesión.

En la cuarta sesión se realiza devolución de información y se establecieron con la paciente los objetivos terapéuticos, según sus conductas problema, se elaboró la hipótesis explicativa y el análisis funcional del caso teniendo en cuenta los autorregistros, la entrevista estructurada y los cuestionarios realizados en las primeras sesiones.

Se comienza entrenamiento en respiración diafragmática. Se envía como tarea para casa autorregistro de relajación.

Tras esta sesión se cancelan las sesiones presenciales por el confinamiento decretado por el gobierno. Teniendo lugar un seguimiento telefónico quincenal, y una

sesión online. En todas ellas la paciente se muestra muy bien, pasa el confinamiento en el campo de sus padres, conviviendo con su novio y su hermano, comenta que ha aumentado considerablemente el consumo de cannabis, que es el único motivo por el cual sale del campo y aprovecha ese momento para hacer la compra y ver a sus padres, con los que habla diariamente por teléfono. Relata la paciente que se ha olvidado prácticamente de las molestias a nivel abdominal, ya casi no las tiene y no piensa en ello.

Tras cuatro meses de confinamiento se retoma el proceso terapéutico de manera presencial y la paciente comenta el miedo que le produce estar sola en casa y la dependencia con su novio desarrollado en este período. También comenta el alto consumo de cannabis que se ha disparado durante la convivencia con su novio y su hermano. Aparecen los pinchazos abdominales estando en casa, en el sofá, inapetencia por cualquier actividad, imposibilidad para retomar la actividad académica por desgano e imposibilidad de organización y /ó llevar a cabo lo programado.

La paciente refiere que no quiere dejar el hábito de fumar cannabis, pero si disminuir el consumo. Se trabaja en sesión la importancia de la gestión del tiempo y de una planificación acertada, posible y asequible. Se pacta una hora razonable para acostarse y para levantarse. Se reafirma la comprensión del trastorno de ansiedad por la salud, aclarando la formulación del caso con los desencadenantes y mantenedores del trastorno e incorporando las vivencias surgidas a raíz del confinamiento.

Una vez comprobada la comprensión del trastorno se intervino (sesiones 6,7 y 8) haciendo uso de la reestructuración cognitiva, mostrando la relación entre pensamiento-emoción-conducta para aprender a identificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más adaptativos. Se facilitó un listado con las principales distorsiones cognitivas y con la ayuda de los autorregistros se clasificaron los

pensamientos distorsionados más usuales de la paciente; error del adivino, anticipación negativa, “Y si...”.

Se trabaja con los argumentos a favor y en contra y se elabora un pensamiento más adaptado. La paciente es capaz de valorar la “mejoría espectacular” acerca de la ansiedad por la salud durante el confinamiento como prueba en contra del pensamiento “Y si estoy desarrollando un cáncer que se manifiesta con los pinchazos...” dado que no es posible que un cáncer tenga sintomatología solo en determinado lugar y en determinados espacios de tiempo.

En las sesiones 9, 10, 11 y 12 se dotó de recursos y habilidades de afrontamiento para el manejo de la ansiedad y disminuir el nivel general de activación.

Para ello se entrenó en respiración diafragmática y en relajación progresiva de Jacobson. Para que automatizase el aprendizaje se pidió a la paciente que lo practicara todos los días al acostarse. También instruimos en técnicas de autocontrol: autoobservación para desfocalizar la atención de los genitales.

Se trabajó la normalización de los síntomas y se citó a los padres de la paciente con el objetivo de brindar psicoeducación y hacerles partícipes de su implicación en el tratamiento al disminuir ciertas conductas de reaseguro (“eso no es nada”).

Se utilizó la técnica de la doble columna con el objetivo de responder hasta qué punto es cierto lo que está pensando con la finalidad de flexibilizar el estilo de pensamiento y atenuar su convicción o creencia de que tiene una enfermedad. Se termina a través del diálogo socrático elaborando una conclusión no catastrofista y más cercana a la realidad. También se trabajó con la técnica de probabilidades acumuladas a través de la flecha descendiente. El objetivo es que la paciente sea consciente de su tendencia a llegar a conclusiones fatalistas sobre la base de un síntoma inocuo y que establezca una

posible cadena de acontecimientos intermedios cuya ocurrencia y encadenamiento serían necesarios para que se produjera el acontecimiento final. La finalidad es lentificar y dismantelar el proceso del sesgo confirmatorio para que la paciente se dé cuenta de su sesgo de interpretación tendiente al catastrofismo.

La construcción de jerarquía de situaciones ansiógenas se desarrolló en las sesiones 13 y 14. El número total de ítems fue de 11, que luego reagrupándolos por semejanzas quedó en un total de 8, medidos en una escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS) sin que exista una diferencia mayor de 15 USAS entre un ítem y el sucesivo.

Tabla 3

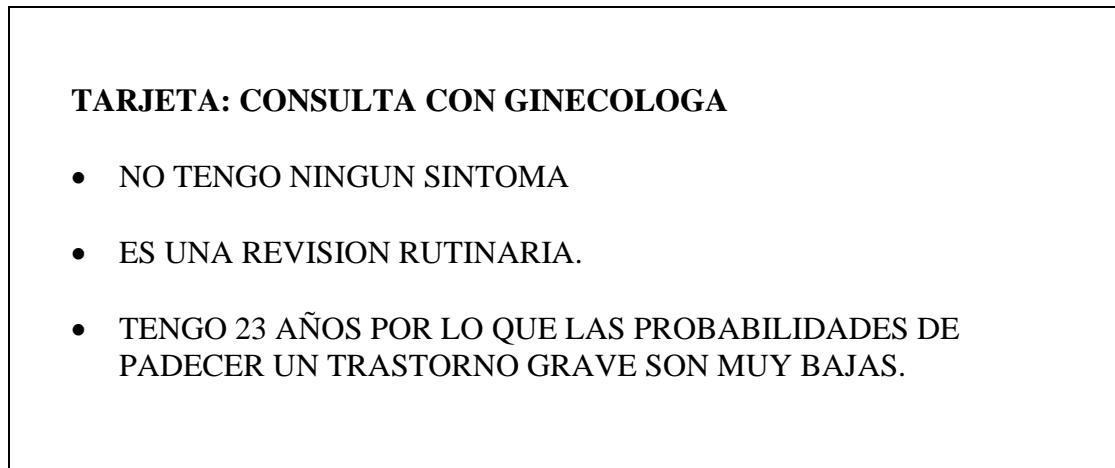
Jerarquía de situaciones ansiógenas

<i>SITUACION</i>	<i>NIVEL DE ANSIEDAD EN USAS (unidades de ansiedad 0-100)</i>
1- Que mi novio me haga cosquillas en la región abdominal y/ó abrazarlo con fuerza de tal manera que me toque el abdomen.	60
2- Mirar las heces	65
3- Mantener una conversación sobre cancer.	70
4- Ver un documental sobre enfermedades.	75
5- Ir al ginecólogo por anticonceptivos.	85
6- Ver un documental o cualquier imagen de exploración ginecológica.	90
7- Ir al ginecólogo a una revisión	100

Por último, entrenamos en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1969, citado por Sánchez et al., 1999) para modificar el lenguaje interno disfuncional y originar pensamientos

alternativos más adaptados. Para ello se hizo uso de una tarjeta con autoinstrucciones que la paciente debía utilizar en los momentos previos y durante la exposición en vivo.

Figura 1. *Tarjeta para la paciente*



Como experimento conductual se indicó la palpación de la zona abdominal mientras estuviera acostada en un momento del día en que estuviera en un lugar tranquila, relajada y que imaginara cada uno de sus órganos del aparato genital y anexos.

El trabajo en exposición en vivo ocupó nueve sesiones (15-23), donde fue capaz de mirar una revisión ginecológica hasta visitar un ginecólogo para planificación familiar. Además, cogió cita para una revisión ginecológica con realización de ecografía. Fue capaz de utilizar las herramientas y estrategias aprendidas con anterioridad y controlar la ansiedad que le generaba.

En cuanto al ítem 7 que le generaba mayor ansiedad en la jerarquía de situaciones la paciente realizó una redacción sobre una visita al ginecólogo, a la que fue añadiendo verbalmente más detalles durante la lectura de esta. Transcribo un párrafo: “Estoy en la camilla, está fría y al sentarme se ha roto el papel, la doctora me dice que va a realizarme la exploración y yo estoy muy nerviosa, intento hablarle para parecer simpática porque pienso que eso va a hacer que sea muy empática... comienza la

introducción del espéculo, está frío, siento molestia, pero realmente no me importa, solo pienso en que estará viendo mi útero y a lo mejor está viendo algo extraño, solo quiero que no ponga caras raras y que por favor no frunza el ceño y me digo muchas veces “que no tenga nada, que no tenga nada, que no tenga nada...”

Luego se le dio la pauta de imaginar un ginecólogo que no fuera empático y como último paso se le pidió que cogiera cita con el ginecólogo de su mutua para una revisión ginecológica rutinaria.

En las sesiones 25 y 26 se realiza nueva evaluación.

Resultados

En cuanto a la puntuación obtenida en depresión, se puede observar una disminución tras la intervención, donde la paciente pasa de clasificarse con depresión moderada a no tenerla.

Conforme a los resultados en ansiedad, se observa una disminución en la puntuación de la escala ansiedad-estado, pasando del centil 95 al centil 60; y en la escala de ansiedad-rasgo, del centil 85 al centil 80. Por otro lado, en el Millon pasa de una prevalencia en el centil 85 en el síndrome de ansiedad al centil 60. Así también se observa una disminución de los valores en el patrón clínico de personalidad dependiente pasando del centil 90 al centil 70.

Con respecto a los resultados en ansiedad por la salud, también se refleja una disminución en la puntuación pasando de 41 a 19 tras la intervención.

Tabla 4*Puntuaciones en cuestionarios pre y post tratamiento*

Cuestionario	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Beck	21	6
STAI	A-E centil 95 A-R centil 85	A-E centil 63 A-R centil 80
Ansiedad por la salud.	41/54	19/54
Millon. Escala diagnostica:		
• Deseabilidad social	centil 75	Centil 65
• Ansiedad	centil 85	centil 60
• Dependencia	centil 90	centil 70

Nota: Del cuestionario Millon se muestra la puntuación de las escalas de prevalencia a partir del centil 75 (clínicamente significativos).

Como respuestas destacadas en el Millon en la preevaluación tenemos los siguientes ítems:

Preocupación por la Salud

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana. (Verdadero)
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado. (Verdadero)
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme. (Verdadero)
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir. (Verdadero)
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. (Verdadero)

Descontrol Emocional

14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. (Verdadero)

83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. (Verdadero)

87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. (Verdadero)

124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico. (Verdadero)

Mientras que como respuestas destacadas tras la intervención tenemos los siguientes ítems:

Preocupación por la Salud

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana. (Verdadero)

4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado. (Verdadero)

Descontrol Emocional

9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. (Verdadero)

En cuanto a los pensamientos intrusos, el contenido del pensamiento más molesto se relacionó principalmente con la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave, con una frecuencia de aparición de varias veces al día. La valoración de los mismos fue disfuncional, con interferencia en las actividades de la vida diaria y con la sensación de incapacidad para hacer frente a la amenaza.

En el siguiente cuadro se transcriben las intrusiones más molestas y se puede visualizar su disminución tras la intervención.

Tabla 5

Registro de pensamientos intrusos

Pensamientos intrusos sobre la enfermedad	pre	post
Sin ningún motivo especial:		
1. Tengo una enfermedad grave.	4	3
2. Mi salud es muy mala	2	2
3. Estoy desarrollando una enfermedad grave sin saberlo.	4	3
4. Me queda poco tiempo de vida.	2	1
5. Me preocupo por mi salud más que los demás.	5	3
6. Puedo enfermar de repente.	1	2
7. Puedo morir de una enfermedad grave.	4	2
Ante cualquier síntoma físico		
8. Este síntoma no es normal.	6	3
9. Tengo que ir al médico	6	2
10. Tengo una enfermedad grave.	4	3
11. Tengo que vigilar esto de cerca.	4	2
12. ¿Estaré desarrollando algo grave sin saberlo?	6	3
13. Algo va mal. ¡Esto es muy raro!	6	3
Cuando algún ser querido tiene alguna molestia en su cuerpo:		
20. Esta molestia no es normal.	5	4
21. Tenemos que ir al médico.	3	5
22. Tiene una enfermedad grave.	4	3
23. Tengo que vigilar de cerca esa molestia.	5	4
24. ¿Estará desarrollando algo grave sin saberlo?	5	4
25. Algo va mal. ¡Esto es muy raro!	4	3
Cuando leo, oigo, veo algo acerca de la muerte:		
37. Mi propio funeral	4	2
40. Mi nombre en la lapida	3	1
42. Morir sufriendo y con dolor.	3	1

Nota. Esta tabla muestra los pensamientos que la paciente calificó de intrusos, molestos y frecuentes.

Tabla 6

Parte 2 del registro de pensamientos intrusos.

¿Como de molesta te resultó? (0-4)	4	2
¿Como de triste te resultó? (0-4)	3	1
¿Cómo de ansiosa /nerviosa? (0-4)	3	2
¿Interrumpió lo que estabas haciendo? (0-4)	4	1
¿Como de responsable? (0-4)	3	0
¿Te provoco incertidumbre? (0-4)	3	2
¿Te pareció amenazante, peligrosa? (0-4)	3	1

Nota. Este registro muestra la valoración del pensamiento intruso más molesto, que fue el número 12.

Discusión

El presente trabajo pretende mostrar cómo la terapia cognitivo-conductual ha resultado ser efectiva en un caso clínico real de ansiedad por la salud, sin medicación psicofarmacológica.

La paciente mantiene creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad que pueden estar vinculadas a vivencias tempranas de situaciones traumáticas (proceso de enfermedad y muerte de los abuelos y un tío). Entre estas creencias está el considerar incompatible la experiencia de molestias abdominales y un buen estado de salud ó las relativas a una supuesta mayor vulnerabilidad a la enfermedad. Esta situación coincide con la estudiada previamente por Rachman, (2012).

En cuanto a los pensamientos intrusos, el contenido del pensamiento más molesto se relacionó principalmente con la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave, lo que coincide con lo informado por otros estudios que han

evaluado el contenido principal de las imágenes intrusas de pacientes con ansiedad por la salud (Muse et al., 2010).

La frecuencia diaria de aparición de los pensamientos intrusos como evento potencialmente amenazante a la vez que la sensación de incapacidad para hacer frente a dicha amenaza está presente en la paciente y puede ser un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad por la salud. Este hallazgo está de acuerdo con otros estudios sobre pensamientos intrusos (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018).

He de destacar que al término de este trabajo la paciente ha sido capaz de retomar la actividad académica terminando y aprobando su TFG y ha comenzado una nueva carrera universitaria.

A modo de conclusión: los resultados obtenidos van en la línea del trabajo de Arnáez, et al. (2021). En general se han logrado resultados favorables en relación con la mejora de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como en la frecuencia de las intrusiones mentales, permitiendo la disminución de las conductas de evitación, de escape y reaseguro, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Limitaciones

El presente trabajo se ha visto afectado por el confinamiento decretado a raíz de la covid-19 y que provocó la suspensión de las sesiones durante tres meses aproximadamente. En dicho período se hizo un seguimiento telefónico.

La paciente cambió su lugar de residencia, pasando a vivir con su novio en un campo. Este hecho mejora el trastorno de ansiedad por la salud, hecho que se trabaja en sesión y se toma como una prueba en contra del pensamiento distorsionado: “Y si estoy desarrollando una enfermedad grave?”. También ha permitido confirmar que el momento del día en que suele percibir la sintomatología está asociada con el momento

en que su madre se encuentra más alcoholizada. Esto provoca la conducta evitativa de no querer estar a solas con sus padres por la tarde.

Futuras Líneas de Estudio

Sería interesante valorar si las creencias disfuncionales guardan relación con las creencias y/o vivencias de los progenitores.



Referencias

- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J., & Belloch, A. (2021). Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(1), 63–80.
<https://doi.org/10.1111/papt.12267>
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2018). Escalation from normal appearance related intrusive cognitions to clinical preoccupations in Body Dysmorphic Disorder: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 265, 137–143.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.047>
- Gureje, O., Üstün, T. B., & Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27(5), 1001–1010.
<https://doi.org/10.1017/S0033291797005345>
- Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1997). El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud (“Hipocondría”). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3837>
- Arnáez, S., Garcia-Soriano, G., & Belloch, A. (2017). Hipocondría y pensamientos intrusos sobre la enfermedad: desarrollo y validación de un instrumento de evaluación. *Psicología Conductual*, (1), 165-186.
- Stacervic, V. (2015). Hypochondriasis: Treatment options for a diagnostic quagmire. In *Australasian Psychiatry* (Vol. 23, pp. 369–373). SAGE Publications Inc.
<https://doi.org/10.1177/1039856215587234>

- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (7–8), 502–512.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 792–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Riemann, B. C., Leonard, R. C., & Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 256, 417–422.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.012>
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
- Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clark, D. A., Doron, G., ... Sica, C. (2019). The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 85–96.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.005>
- 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>

Millon, T. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: TEA Ediciones.

Maldonado, N. (2008). La importancia de la intervención temprana con los hijos de padres alcohólicos. *Revista Griot*, 1(4), 18-27.

American Pshychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masson

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Belloch, A., López-Santiago, J. y Arnáez, S. (2019). *Hipocondría: la ansiedad por la salud*. Madrid, Síntesis.

Sánchez, M., J., Olivares R.J.,y y Alcázar, A., I.R. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: metaanálisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654.

