



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología
Convocatoria junio 2018

**“Estudio de caso. Miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, evitación y entorno
invalidante”**

(“A case study. Disease fear, death fear, avoidance and invalidating environment”)

Autora: Jorge Villarroel Carrasco
Tutora: Flor Zaldívar Basurto

Resumen.

Las preocupaciones excesivas acerca del estado de salud que se denomina técnicamente como hipocondría, están muy relacionadas con el miedo a la muerte. Ambas cuestiones tienen diversos puntos en común, uno de ellos los patrones evitativos. A parte de esto, el entorno en el cual se desarrollan estas personas guarda paralelismos con lo que se ha definido en algunas psicoterapias como "entorno invalidante". Este trabajo consiste en el análisis de un caso clínico de una paciente con miedo a padecer una enfermedad mortal y que, debido a esto, estaba empezando a desarrollar patrones evitativos destinados a controlar dicho miedo. Los objetivos de esta intervención (extinción de la conducta problema, prevención de la expansión del patrón evitativo, etc.) estaban principalmente dirigidos a estas conductas de evitación. Al finalizar el tratamiento, hubo una disminución de la conducta problema y de los patrones evitativos relacionados con esta. Así lo indican los autoinformes y la valoración subjetiva.

Palabras clave

Hipocondría, miedo a la muerte, evitación, "entorno invalidante", estudio de caso

Abstract.

Excessive concerns about health status, which is commonly referred to as hypochondria, are closely related to the fear of death. These have several points in common, including avoidant patterns. Apart from this, the environment in which these people develop has parallels with what has been defined in some psychotherapies as "invalidating environment". This work consists in the analysis of a clinical case of a subject with fear of suffering a deadly disease and who, due to this, was beginning to develop avoidant patterns destined to control this fear. The objectives of this intervention (extinction of the problem behaviour, prevention of the expansion of the avoidant pattern, etc.) focused on these avoidance behaviours. At the end of the treatment, there was a decrease in the problem behaviour and the avoidance patterns related to it. This is indicated by self-reports and subjective assessment.

Keywords

Hypochondria, fear of death, avoidance, "invalidating environment" clinical case

Índice.

Resumen	2
Abstract.....	2
Palabras clave	2
Keywords.....	2
Introducción.....	4
Conducta anormal de enfermedad	5
Miedo a la enfermedad	7
Variables relacionadas con la etiopatogenia de las preocupaciones hipocondríacas....	8
Estudio de caso	15
Evaluación y Descripción del caso.	15
Objetivos de la intervención	19
Intervención.	20
Resultados.....	25
Discusión	28
Conclusión.....	29
Referencias	30

Introducción.

El miedo a la enfermedad o la preocupación excesiva por el propio estado de salud no es algo necesariamente patológico, de hecho, es un miedo que se da de forma frecuente en la población (Fernández y Fernández , 1989). El hecho de que un miedo, del tipo que sea, sea motivo de atención psicológica va a depender de diferentes factores que responden al grado en que esté limite la vida del individuo (Luciano, 1996).

La denominación que se utiliza usualmente para referirse a dicho miedo es "hipocondría", así se recoge, elevándose a la categoría de trastorno psicológico en los manuales diagnósticos DSM y CIE (López-Ibor y Valdés, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992).

En la penúltima versión del manual diagnóstico de la APA, el DSM-IV, la categoría hipocondría incluye los siguientes criterios a) preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos, b) la preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas, etc. (López-Ibor y Valdés, 2002).

En la edición actual, DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) ya no existe una categoría diagnóstica llamada Hipocondría, y dicha sintomatología se encuadra dentro de una categoría que se llama "trastorno de ansiedad por enfermedad". Los criterios que conforman dicha categoría son los siguientes:

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

En el manual diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también existe una categoría denominada "trastorno hipocondriaco" (OMS, 1992). Estos son los criterios que incluye:

a) Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto.

b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

El uso de este sustantivo se ha extendido a la población común, no especializada en psicopatología, la cual hace un uso cotidiano del mismo.

La intervención psicoterapéutica de elección en este tipo de casos viene marcada desde una perspectiva cognitivo-conductual, aunque también hay propuestas de intervención por parte de otros modelos psicoterapéuticos (Sistémico, humanista, psicoanalítico, etc.), sin embargo, estos cuentan con un estudio menos pormenorizado de los factores que entran en juego en el proceso psicoterapéutico. A parte de esto, hay una pugna dentro del tratamiento cognitivo-conductual por ver que parte, si la cognitiva o la conductual, tiene más peso dentro de dicha intervención (Fernández y Fernández, 1989).

Conducta anormal de enfermedad

En psicología de la salud, hay un concepto denominado conducta anormal de enfermedad que trata de englobar diferentes trastornos psicopatológicos relacionados con la enfermedad (trastorno de somatización, trastorno facticio, etc.) presentes en los manuales diagnósticos DSM y CIE (López-Ibor y Valdés, 2002; OMS, 1992). Entre estos trastornos se encuentra el trastorno hipocondriaco. Esta conceptualización se podría

entender como una visión alternativa de este tipo de problemas donde estas etiquetas se encuadrarían dentro de una forma desajustada de responder al propio estado de salud (Gil, 2004).

La conducta anormal de enfermedad es un concepto que deriva de la conducta de enfermedad, concepto usado en psicología de la salud para referirse a como las personas reaccionan ante su propio estado de salud cuando perciben indicios de enfermedad. Hace referencia a la vivencia de la enfermedad, no a la enfermedad en sí misma. Por lo tanto, se entiende que, ante la presencia de una misma sintomatología, cada individuo presenta un patrón de conducta particular. Un punto clave a tener en cuenta de esta conducta, es que se da antes de que se haya producido ningún tipo de diagnóstico y engloba conductas como la búsqueda de ayuda especializada, la gravedad percibida, la búsqueda de información, la manera de comunicar los síntomas, automedicación, etc.(Gil, 2004)

La conducta anormal de enfermedad engloba aquellos comportamientos desajustados en relación con la enfermedad. En la conducta anormal de enfermedad, a diferencia de la conducta de enfermedad, ya si existe un diagnóstico clínico, sin embargo, se encuentra una discrepancia entre el diagnóstico que ha emitido el profesional y la forma en la que el sujeto responde a dicho diagnóstico. Se da el caso de pacientes que responden exageradamente al diagnóstico adscribiéndose al rol de enfermo de manera desmedida, pacientes que hacen caso omiso del mismo y se comportan como si no estuviesen padeciendo ningún tipo de alteración, pacientes que mantienen la percepción de enfermedad incluso siendo descartada por el médico, etc.(Gil, 2004).

Podemos ver que las implicaciones que esto tiene son enormes de cara al estado de salud del individuo. Una respuesta ajustada es deseable ya no solo no obstaculiza, sino que mejora la recuperación del estado de salud mediante la optimización del tratamiento, el cuidado de las personas de su entorno, el autocuidado, etc. Sin embargo, una respuesta desajustada agrava el estado de salud y empeora la recuperación mediante la obstaculización del tratamiento, del cuidado de las personas del entorno, el autocuidado, etc. A parte de lo anterior, una respuesta desajustada no solo empeora el estado de salud cuando este ya está dañado, sino que puede "crear" problemas allá donde no los hay, por ejemplo, casos que el individuo percibe una alteración en su estado sin que esta exista (Sirri, Fava, y Sonino, 2013).

Para resumir todo lo anterior en una idea, hay dos formas de responder al propio estado de salud-enfermedad, una en la cual existe correspondencia entre la alteración y la respuesta y que es positiva para el individuo ya que permite la mejoría. Y una en la cual no existe correspondencia entre la alteración y la respuesta y obstaculiza la mejoría o crea problemas allá donde no los hay.

Vemos que lo que comúnmente se conoce como hipocondría no es interés únicamente de la psicología clínica, entendiéndolo simplemente como trastorno psicopatológico con implicaciones meramente psicológicas. Desde la psicología de la salud también hay un gran interés en esta alteración ya que tiene implicaciones muy serias en el estado de salud global del individuo (psicológico, somático, social, etc.)

Recapitulando, la preocupación, miedo, ansiedad por el propio estado de salud ha sido conceptualizada como trastorno psicopatológico desde la psicología clínica (López-Ibor y Valdés, 2002; OMS, 1992) y como conducta anormal de enfermedad desde la psicología de la salud (Gil, 2004; Kirmayer y Looper, 2006; Sirri et al., 2013) y se caracteriza por la discriminación de síntomas allá donde no existen o al menos no en la medida que el sujeto experimenta, un pensamiento catastrofista acerca de los síntomas que se experimentan y del propio estado de salud, rumiación, desconfianza de las explicaciones que los profesionales de la salud aportan sobre estos síntomas, conductas de comprobación, etc.

Hay una serie de componentes que considero que son de gran relevancia y que merecen la pena ser tratados a la hora de hablar de este problema.

Miedo a la enfermedad

Lo más accesible cuando se reflexiona sobre la hipocondría es el miedo a la enfermedad. Quizás sea el componente más paradigmático dentro de este tipo de problemática.

La Real Academia Española define, en su Diccionario de La lengua Española (DEL), el miedo como "angustia por un riesgo o daño real o imaginario", en su primera acepción, y como "recelo o aprensión que alguien tiene de que suceda algo contrario a lo que desea" en su segunda (Real Academia Española, 2018a)

El miedo, per se, no es algo negativo, más bien todo lo contrario, se entiende que es algo necesario para la supervivencia del individuo ya que gracias a él se ponen en marcha una serie de respuestas que nos permiten "hacer frente" a obstáculos que se presentan en

el medio (Capafons, 1989). Normalmente, la emoción de miedo es descrita en base a la actuación de tres componentes, fisiológico, conductual y cognitivo (Luciano, 1996).

El miedo a la enfermedad es una respuesta que tiene como objeto la enfermedad y en la literatura se puede encontrar información sobre este utilizando los distintos términos que hemos visto en el párrafo anterior "disease phobia", "health anxiety" (fobia a la enfermedad, ansiedad acerca de la salud) (Fergus y Valentiner, 2010; Schwind, Neng, Höfling, y Weck, 2015).

La palabra "enfermedad" es definida por el DEL como "alteración más o menos grave de la salud", en su primera acepción y como "pasión dañosa o alteración moral o espiritual en su segunda" (Real Academia Española, 2018b)

Hay dos cuestiones que hay que tener en cuenta, una es estar completamente convencido de estar padeciendo una enfermedad o de ser extremadamente vulnerable a padecerla. En estos sujetos existe una sensación de vulnerabilidad acerca de la propia salud, se podría decir que se sienten más débiles que el resto de la población, con más probabilidades de enfermar. La segunda cuestión es que las enfermedades a las que se teme son enfermedades graves (tumores, paros cardiacos, ictus, etc.). Es lógico que, si existe un temor de este tipo, no sea en relación con enfermedades que no suponen un peligro serio para la salud del individuo (APA, 2013).

No nos extraña teniendo en cuenta estas dos cuestiones, que en estos individuos sean comunes las rumiaciones catastrofistas caracterizadas por una sensación de vulnerabilidad y anticipación de que algo desastroso les va a ocurrir (Kirmayer y Looper, 2006) . Es lógico tener miedo si estas convencido de padecer una enfermedad de extrema gravedad.

Ante tal temor, una de las herramientas que se ponen en marcha en estos individuos y que también son paradigmáticas en este tipo de problemática son las conductas de evitación (Doherty-Torstrick, Walton, Barsky, y Fallon, 2016).

Variables relacionadas con la etiopatogenia de las preocupaciones hipocondríacas **Evitación.**

La evitación es algo básico en el comportamiento de los seres humanos. Gran parte de nuestra conducta se puede explicar en base a conductas de acercamiento u evitación. Las conductas de acercamiento se suelen dar hacia aquello que nos produce algún tipo de

placer (comida, sexo, relaciones sociales, etc.) y las de evitación para no experimentar algún tipo de malestar (Martin, Pear, Vivas y Suengas, 2008).

Las conductas de evitación se podrían decir que funciona junto a la sensación de miedo como un tándem que nos permite reaccionar ante los peligros que puedan surgir. Y con la evitación, al igual que con la sensación de miedo, surgen problemas cuando supone una limitación a la hora de desarrollar nuestro día a día de la manera en la que a nosotros nos gustaría. Esta idea ha impactado de forma irremediable en las últimas décadas, situándose como uno de los componentes más relevantes dentro del proceso psicoterapéutico. La evitación supone una barrera para nuestro desarrollo vital cuando se centra en aquellas cuestiones que nos es imposible evitar ya que forman parte de nuestra propia existencia. Cuando lo que se trata de evitar es el sufrimiento que se deriva del propio hecho de vivir, surgen los problemas. (Hayes, Strosahl, y Wilson, 2014)

Un patrón evitativo de este tipo es mantenido mediante refuerzo negativo (evitar el malestar inmediato que surge de tal o cual situación) y mediante refuerzo positivo (vivir de manera coherente a los propios valores del individuo). Vivir de manera coherente con los propios valores del individuo significa vivir siguiendo la regla del tipo "no puedo seguir viviendo con este malestar, tengo que quitármelo de encima", "para ser feliz necesito dejar de tener este tipo de pensamientos, sentimientos, emociones, etc." (Soriano, Valverde, y Gutiérrez, 2004). Culturalmente hay una fuerte asociación entre el sufrimiento y la imposibilidad de llevar una vida satisfactoria si este está presente. Esta extendida la idea de que para ser feliz hay que extirpar el sufrimiento de nuestra vida. Se podría decir que hay una escasa tolerancia al malestar y como consecuencia de esto se tratan de evitar aquellas situaciones, pensamientos, emociones, sentimientos, etc., que generan malestar. Esta tendencia a evitar el malestar puede entrar en oposición con vivir una vida acorde con lo que el individuo valora, con lo que hace le hace sentirse "realizado". A largo plazo, paradójicamente, no solo no consigue evitar el malestar, sino que también retira de su vida aquello que le resulta gratificante. Existe un término que trata de englobar el significado de esta idea, "trastorno de evitación experiencial". (Hayes et al., 2014).

En los individuos con una excesiva preocupación por su estado de salud suelen darse comportamientos de evitación y escape (Martínez, Belloch, y Botella, 2001). Tratan de evitar aquellas situaciones que les generan malestar, situaciones que desencadenan la respuesta de "miedo", "angustia", "ansiedad", "temor", "preocupación", etc. Dado que no

es necesario que exista ningún tipo de alteración en el estado de salud para que estos individuos contacten con estas sensaciones, las situaciones que evitan son totalmente cotidianas y no responden a una prevención realista de ningún tipo de peligro. Estas conductas pueden ser tan insignificantes como evitar leer libros relacionados con temática de enfermedad, o tan serias como no comer ningún tipo de alimento sólido por temor a atragantarse.

Este patrón evitativo se extiende a diversas áreas de su vida ya que, en un principio le produce alivio ya que la sensación de temor o preocupación desaparece. Sin embargo, a largo plazo las consecuencias pueden ser desastrosas, su vida se puede empezar a dividir en dos categorías, aquello que le provoca preocupaciones y aquello que no. Esto le hace alejarse de gran cantidad de situaciones gratificantes mediante las cuales podría vivir una vida plena. Su vida no está guiada por lo que les "gusta" sino por evitar aquello que "no les gusta". Esta forma de guiar la vida hace que la vida sea en si misma insatisfactoria, carente de significado.

A parte de lo anterior, un comportamiento el cual también está destinado a evitar malestar y que es prototípico en esta problemática son las búsquedas de seguridad. Se establece un tipo de interacción con su entorno que se mantiene mediante reforzamiento negativo. Cuando experimentan ciertas preocupaciones, se las comunican a las personas de su entorno, las cuales "restablecen" la seguridad. Si, por ejemplo, están experimentando un síntoma (dolor de cabeza) y se están preocupando porque lo están asociando con una alteración grave (tumor), cuando se lo comunican a las personas de su entorno, éstas restablecen la seguridad mediante explicaciones alternativas (será por tensión en las cervicales). Esto se conoce en la literatura como "reaseguramiento", se podría definir como la búsqueda de evidencia que confirme que los síntomas que están experimentando no se deben a una enfermedad grave. El reaseguramiento se ha utilizado como una variable importante a introducir en la intervención terapéutica ya que puede causar efectos positivos (Romanik y Kellner, 1985a). Sin embargo, como ya señalan algunos autores (Fernández y Fernández, 1989; Weck, 2014), este reaseguramiento no siempre funciona y cuando funciona suelen ser eficaz a corto plazo ya que estos sujetos parecen ser refractarios a las evidencias que contradicen la presencia de una enfermedad grave.

Miedo a la muerte.

Es interesante rescatar un aspecto fundamental de este tipo de miedo y que viene reflejado en los dos manuales diagnósticos, la preocupación está relacionada con una enfermedad grave. Las preocupaciones acerca del propio estado de salud son catastrofistas Parece evidente que, si se tiene miedo a una enfermedad, este sea grave. Sin embargo, es interesante reflexionar sobre esto.

La pregunta de hasta qué punto lo que se conoce como hipocondría es un miedo a la enfermedad y no a la muerte, no es fácil de responder. Ya que como se ha señalado anteriormente, las preocupaciones se dan acerca de enfermedades graves, que puedan desencadenar la muerte del individuo.

“La preocupación sobre la muerte y morir a menudo es la razón principal por la cual la gente teme una enfermedad grave” (Furer y Walker, 2008)

Por lo tanto, en las intervenciones con este tipo de pacientes es importante tener en cuenta el miedo a la muerte. Desde algunas perspectivas se entiende que el miedo a la enfermedad es debido a que la enfermedad representa todo aquello relacionado con la muerte. Hablar de la muerte durante la terapia puede servir para que el paciente aprenda otras maneras de relacionarse con esta, y no únicamente con miedo. La aceptación de la muerte como una parte del ciclo vital es muy importante en el trabajo con pacientes hipocondriacos. (Starcevic, 2005).

Como señala Alvarez (1996), lo largo del globo, en las diferentes comunidades existentes y existidas hay diferentes formas y ha habido de relacionarse con la muerte. En algunas esta relación es de naturalidad, entendiendo la muerte como algo que es parte del desarrollo de la vida, en otras esta relación se establece en términos de evitación.

Si atendemos a las conversaciones que surgen en nuestra sociedad en torno a esto percibiremos que suelen ser utilizando eufemismos, disminuyendo el tono, haciéndolo con una profunda preocupación y seriedad, tristeza, etc. La muerte es un tema tabú, como un mal supremo del que no se habla, la mayor “desgracia” de todas. Esta manera generalizada de hablar sobre la muerte es percibida por los más pequeños, y estos empiezan a generar sus propias teorías acerca del tema utilizando lo que les cuentan sus padres, lo que perciben de estos, la información que les llega de otras personas y lo que ellos se imaginan (Yalom, 1984).

Normalmente, antes o después, los adultos se ven ante la tesitura de tener que explicar a los más pequeños lo que significa la muerte. Ya sea porque han visto un animal muerto en la calle, porque lo han escuchado en la televisión, leído en algún sitio o porque se ha muerto un ser querido. La forma que tiene los adultos de contar a los niños en que consiste la muerte es mediante metáforas o eufemismos más o menos elaborados como "está en otro lugar", "se ha ido y ya no va a volver", "se ha ido con dios", "está en el cielo", "ya le ha llegado el fin pero siempre estará con nosotros", "nos ve desde el cielo", "se ha dormido y no se va a despertar", etc. Sin embargo, aunque en un primer momento esta forma de transmitir la idea de muerte puede ser útil, a la larga empiezan a surgir contradicciones, se percibe ese extraño tono que quiere ocultar algo que se intuye que es terrible.

Antes o después, el individuo se tiene que enfrentar a la idea real de lo que significa morir, y esto es impactante. La idea de finitud, desaparecer, dejar de ser, la nada, la aniquilación inevitable es una angustia que nos acompaña toda vida.

Cuando el niño, preadolescente o adolescente contacta con la idea de muerte, sufre una gran angustia y en muchos casos no se siente la libertad suficiente como para hablar de ello con los adultos. En un principio, los niños suelen preguntar espontáneamente acerca del tema, sin embargo, debido a esta forma de comunicación que antes se señalaba, se suele convertir en un tema tabú. El no poder comunicar abiertamente este tema con los adultos, hace que este miedo se convierta para ellos en algo muy difícil de manejar. Con lo cual, una de las formas de lidiar con este tipo de miedo, es hablar sobre él, "ponerlo encima de la mesa durante la terapia". De esta manera, el sujeto "deja de cargar" ese peso el solo y puede compartirlo con alguien en un ambiente seguro.

Por otro lado, el miedo a la muerte es algo relativamente común en la población en general, sin embargo, esto no es una cuestión problemática en todas las personas que presentan este tipo de miedo. La diferencia se encuentra en la forma en la que estas personas enfocan los temas relacionados con la muerte. Unos mediante la naturalidad (hablan sobre la muerte, visitan a enfermos, asisten a funerales, están centrados en vivir su vida) y otros mediante la evitación de aquellas situaciones que están relacionadas con la enfermedad o con la muerte, preocupaciones que suponen barreras para su vida y una disminución del disfrute de la vida (Furer y Walker, 2008). Como vemos, al igual que sucedía con el miedo a la enfermedad, en el miedo a la muerte también se remarca la evitación como una de las cuestiones para tener en cuenta. De hecho, Furer y Walker (2008) señalan como una de las partes centrales de la intervención del miedo a la muerte

la prevención de búsqueda de reaseguramiento y la reducción de conductas de comprobación. Estos componentes, como hemos visto, también son centrales en el miedo a la enfermedad.

De alguna manera, existe un solapamiento entre la problemática de las preocupaciones por el estado de salud y el miedo a la muerte. Tanto en su conceptualización como en su tratamiento, el cual va a estar centrado en gran medida en las conductas de evitación.

Invalidación.

En los sujetos con miedo a la enfermedad suele darse un patrón de desconfianza cuando tratan de hablar con el resto de las personas acerca de sus preocupaciones. El hecho de que en su entorno no se valoren los síntomas que tienen de la misma forma que ellos, genera una sensación de incompreensión, sienten que no se les toma lo suficientemente en serio. Este sentimiento es generado por todo tipo de personas, familiares, amigos, profesionales de la salud, etc. (Martínez, Belloch, y Botella, 1997).

Como se señaló anteriormente, es común en estos sujetos buscar en las personas de su entorno seguridad. Esto lo hacen mediante la comunicación de las preocupaciones que tienen. Esta conducta se convierte en "crónica" ya que momentáneamente les alivia el malestar que les generan dichas preocupaciones, con lo cual se "acostumbran a hacerlo. Por lo tanto, el sentimiento de incompreensión no se debe a que las personas de su alrededor no son lo suficientemente atentas, sino que suele surgir porque ya ha habido una historia de múltiples ejemplos en los cuales se atendieron las preocupaciones y estas carecían de gravedad. Esto hace que se produzca una especie de "habituación" ante este tipo de preocupaciones, las personas de su entorno ya no responden de la manera que ellos esperan o de la manera que responderían si fuese otra persona la que tuviese este tipo de preocupaciones.

Podemos ver que, a estas personas, con el paso del tiempo, no solo les preocupa el hecho de padecer una enfermedad, sino que también se sienten aislados con respecto a esto. Se sientes solos frente al problema, sin ningún respaldo o apoyo que quiera compartir su preocupación. Se podría decir que sienten que "están gritando entre sordos".

Normalmente, la forma en la que el entorno responde a las preocupaciones de estos individuos es guiada por el sentido común y se podría resumir con frases del tipo "no pienses en ello", "lo que estás pensando no tiene sentido", "no hay razones para que te

preocupes”, “¿No ves que la mayoría de la gente en tu situación no pensaría eso?”, etc. Este tipo de entorno, guarda similitudes con lo que se denomina desde la terminología de la “Terapia Dialéctico-Comportamental”, como un entorno “invalidante” (García, 2006). La terapia dialéctico-comportamental es una terapia desarrollada con el objetivo de tratar el trastorno límite de personalidad, los problemas de estos sujetos suelen ser emocionales. Tienen problemas a la hora de regular sus emociones, y se entiende que esto se debe en parte al entorno en el cual se crían estas personas. El entorno invalidante, por lo tanto, es definido como un entorno en el cual no se permite un “normal desarrollo” de las emociones del individuo. Cuando el sujeto expresa sus emociones el entorno el mensaje que recibe del entorno es que lo está haciendo mal, y que esta forma de hacerlo es inherente a sus características. A parte de esto, se insta a que esta forma de expresar sus emociones cambie, sin embargo, no hay una enseñanza con respecto a cómo hacerlo. A parte de esto, se resalta que en este tipo de entornos se vierte el mensaje de que es “fácil” cambiar la forma en la cual se expresan las emociones, que es “fácil” manejar el malestar, lo cual choca con la experiencia real que sufren los sujetos con problemas para manejar las emociones. Por último, se apunta a que el sujeto acaba en un conflicto entre lo que el entorno le demanda y lo que el realmente siente, llevando al sujeto a un estado de profunda frustración (García, 2006)

Este entorno guarda similitudes con el experimentado por aquellas personas denominadas comúnmente como hipocondríacas. Estas personas experimentan preocupaciones acerca del estado de salud que ellos sufren como totalmente reales, sin embargo, en su entorno esto es entendido como algo “equivocado” y si es demasiado exacerbado, como “negativo” e “indeseable”. Al igual que sucedía con las emociones en las personas con trastorno límite de la personalidad, a estos sujetos también se les pide que cambien estas preocupaciones, “que no tienen sentido”, “que son bobadas”, “que no pasa nada”, “que es una pérdida de tiempo pensar en eso”, “que es una preocupación tonta”, etc., sin embargo, no se les dice cómo. Simplemente se les dice que sean como la “mayoría” de las personas, las “normales” y que no se preocupen. Y finalmente, es lógico pensar que estas personas sienten también un conflicto entre lo que ellos sienten y experimentan y lo que el entorno les demanda, generando a su vez un estado de frustración.

Estudio de caso

Evaluación y Descripción del caso

“M” es una niña de catorce años, cursa 3° de primaria. Tiene cuatro hermanos y vive con su padre y su madre en una custodia compartida. En el ámbito académico tiene un desempeño excelente, realiza algunas actividades extraescolares, entre ellas gimnasia rítmica, está en buena forma física, tiene una vida social satisfactoria y no padece ninguna enfermedad.

“M” sufre con bastante frecuencia preocupaciones relacionadas con su estado de salud. Experimenta sensaciones corporales que asocia con enfermedades mortales (infarto, cáncer, sangrados internos, etc.) lo cual le provoca un estado de miedo y nerviosismo continuo. En consecuencia, está empezando a evitar aquellas situaciones en las cuales ella es más propensa a experimentar ese tipo de sensaciones y el temor que estas le generan.

La descripción que se hace del problema en las diferentes entrevistas hace referencia a la preocupación excesiva que presenta el sujeto acerca de su estado de salud. Esta información es aportada tanto por ella misma como por sus padres. De hecho, este es el motivo de consulta.

Estas entrevistas están repletas de situaciones informadas por sus padres y por ella misma que ejemplifican estas preocupaciones; no comer alimentos sólidos por temor a morir atragantada, dejar de cenar después de haber provocado un ruido fuerte con su cuchillo en el plato lo cual le hizo pensar que “podría haberse roto un trozo de cuchillo y no quería tragárselo”, tomarse las pulsaciones continuamente para ver si su frecuencia cardíaca era la adecuada, informar a sus padres preocupada por distintos dolores que experimentaba (dolor de cabeza, dolor abdominal, etc.), ocasiones que había dormido mal porque “estaba convencida” de que se estaba desangrando por haber comido accidentalmente algún trozo de cristal, sensación de “nerviosismo insoportable” en clase de biología cuando estaban tratando el tema del sistema circulatorio, varios mareos asociados a el nerviosismo desencadenado por estas preocupaciones, etc.

“M”, en la primera sesión relata que, aunque le preocupa padecer cualquier tipo de enfermedad lo que más le inquieta últimamente es “tener un infarto”. Para manejar esta preocupación, lleva a cabo conductas de comprobación y reaseguramiento (registrar las constantes vitales, búsqueda en internet de información en relación con dicha enfermedad, preguntar a los padres acerca de sus síntomas, etc.). También manifiesta que

se está empezando a encontrar incomoda en clase de biología ya que "lo pasa mal" y "se pone tensa" debido a que está estudiando el sistema circulatorio.

A medida que el caso se fue desarrollando, el centro de sus preocupaciones pasó de ser las enfermedades cardíacas a los atragantamientos y posteriormente sangrados internos debido a ingesta de materiales sólidos como cristales o metales. Al igual que sucedía con las enfermedades cardíacas, también lleva a cabo conductas de búsqueda de seguridad y evitación en relación con estas preocupaciones (tratar de evitar comer la comida que su madre había preparado debido a que se rompió un vaso en la cocina y tenía miedo de que hubiese algún cristal en ella, dejar de cenar tras hacer un ruido con su cuchillo porque pensaba que se podría haber roto el cuchillo y no quería tragarse ningún pedazo, no comer patatas porque son muy sólidas en el paso por la garganta y tiene miedo de atragantarse, etc.)

A lo largo de las diferentes entrevistas con "M", informa de que estas preocupaciones le acompañan desde que era más pequeña. Su madre siempre le ha dicho que es una chica muy "aprensiva". A los seis años no quería dormir ya que le explicaron lo que era la muerte; "es como quedarse dormida y no despertarse". Hace unos años dejó de comer jamón debido a que una vez se atraganto comiéndolo.

Es tras explorar estos miedos cuando se hace patente su gran temor a la muerte, más que presentar miedo a una enfermedad en concreto, le aterroriza morir, y siente que es algo muy factible que le "va a suceder en cualquier momento". Manifiesta que se siente "más vulnerable que el resto" en lo que a salud se refiere. De hecho, una de las situaciones que más teme, atragantarse está muy relacionado en su historia con uno de los primeros episodios que tiene en relación con la muerte de alguien "cercano", el marido de la que había sido su profesora cuando tenía "10 u 11" años. Cuando habla del miedo a atragantarse siempre hace referencia a este caso. Ahondando en el mismo, y en la idea de muerte, "M" rompe a llorar y manifiesta que "tiene miedo a morir y que no puede dejar de pensar en ello".

Surge en una entrevista, que el padre de "M" experimenta preocupaciones muy similares sobre su propio estado de salud, así lo informa la madre y lo confirma él ("yo también soy muy aprensivo"). De hecho, tras indagar mínimamente en los temores del padre, resulta curioso que estos sean similares a los de ella (atragantamientos).

Hay ocasiones en las que "se pone extremadamente nerviosa" cuando empieza a "tener pensamientos" en relación con el tema, llega hasta temblar y marearse. Estos pensamientos, según ella dice, los tiene a menudo.

Sus padres coinciden en que la forma de comportarse que está teniendo últimamente no es "normal" y que, aunque siempre ha sido "aprensiva" ahora lo es de forma desmesurada. Se sienten indefensos ya que "no saben cómo manejar este tema".

Empieza a hacerse patente lo que se podría denominar un incipiente patrón evitativo compuesto por conductas tales como no ir a clase en ocasiones debido a malestar general provocado por estas preocupaciones, comprobación continua de síntomas, quedarse en la cama en muchas ocasiones hasta que el nerviosismo o el temor cese, etc. Se entiende que el patrón evitativo es "incipiente" ya que "M" presenta un desarrollo normal en diferentes áreas vitales (relaciones sociales, hobbies, estudios, etc.) como así se refleja en las diferentes entrevistas.

Durante las sesiones se puede apreciar que "M" es totalmente consciente de la problemática, ella se da cuenta de que las conductas que está llevando a cabo no son "normales". Se muestra muy dispuesta, abierta a la hora de hablar sobre el tema y colaborativa.

Además de las entrevistas estructuradas se aplicaron los siguientes autoinformes para evaluar este tipo de problemática.

- **Índice Witheley de Hipocondría (WIH)**, (Witheley Index of Hipocondriasis - Pilowsky, 1967-). es una escala que forma parte de un cuestionario más amplio "The Illness Behavior Questionnaire" (Pilowsky, Spence, Cobb, y Katsikitis, 1984). El cuestionario de actitud hacia la enfermedad "es un instrumento destinado a evaluar modos desadaptativos o inapropiados de responder al propio estado de salud" (Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras, y Jiménez, 1999).

Esta escala está compuesta por 14 ítems de respuesta dicotómica (Si o No) los cuales conforman cuatro escalas denominadas en castellano "Índice de Witheley de Hipocondriasis", "Preocupación corporal", "Fobia a la enfermedad" y "Convicción ante la presencia de enfermedad". En la página web de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) se puede encontrar tanto su ficha técnica como la propia escala (Santos y López, s. f.).

Una puntuación igual o mayor que 8 se considera como indicativa de una forma desadaptativa de percibir el estado de salud, la puntuación oscila entre 0 y 14 (Santos y López, s. f.).

Esta escala ha sido utilizada en varios trabajos relacionados con el miedo a la enfermedad (Belloch et al., 1999; Martínez y Belloch, 2004; Martínez, Belloch, y Botella, 1997; Martínez y Rodríguez, 1998).

En el WIH como se señaló anteriormente, una puntuación igual o mayor que 8 puede ser indicativa de lo que podría ser un diagnóstico de hipocondría. "M" presenta una puntuación de 8/14. En la subescala de "preocupación corporal" 2/3, 2/4 en "fobia a la enfermedad" y 0/3 en la "convicción de presencia de enfermedad".

-La escala de amplificación somatosensorial (SAS), (The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis- Barsky y Wyshak, 1990). Es una escala tipo Likert (1 Nada- 5 Muchísimo) cuyas puntuaciones varían entre 10 y 55. Está destinada a evaluar la sensibilidad que tiene el sujeto para detectar sensaciones corporales que son benignas, no son sintomáticas de ninguna enfermedad, pero son molestas para el sujeto (Belloch et al., 1999).

Esta escala parte de la idea de que probablemente los sujetos con síntomas hipocondríacos presentan una sensibilidad mayor que el resto de la población a aquellas sensaciones corporales normales y que al percibirlas en mayor medida les resulta molesto y lo interpretan como enfermedad (Barsky, Wyshak, y Klerman, 1990).

En la SAS, la puntuación de "M" es de 27/55. No se puede considerar si esta puntuación es alta, baja o normal ya que no se encuentra en la literatura información que se refiera a ello. Sin embargo, es útil para observar posibles cambios tras la intervención.

-La escala de actitudes hacia la enfermedad (EAE), "Illness attitude scale" (Source, Ferguson, y Daniel, 1995), es una escala que fue diseñada para considerar las actitudes hacia la enfermedad que están relacionadas con la (Martínez et al., 1997).

Es una escala tipo Likert con un rango de 5 puntos en los cuales las puntuaciones varían de 0 a 4 (No-Casi siempre). Está compuesta por 29 ítems, de los cuales tres (23, 24 y 25) no tienen asignados los mismos valores (0-4) pero si mantienen su configuración

de escala tipo Likert de 5 puntos y dos de ellos (22 y 26) son ítems de tipo cualitativo (Martínez et al., 1997; Martínez y Rodríguez, 1998).

La EAE arroja una puntuación total de 69/108. En la mayoría de las subescalas que componen esta escala presenta una puntuación elevada (preocupación por la enfermedad 9/12, preocupación por el dolor 10/12, fobia a la enfermedad 8/12, preocupación por el cuerpo 9/12 y efectos de los síntomas 9/12), no obstante, sorprende que en la que se refiere a creencias hipocondríacas únicamente se refleje una puntuación de 1/12. Esta puntuación baja en creencias hipocondríacas se podría deber a que los ítems están relacionados con la confianza que se tiene en el diagnóstico médico (ej. ¿Cree que tiene una enfermedad física que los médicos no han diagnosticado?), sin embargo, no es frecuente que "M" acuda al médico como fruto de estas preocupaciones. Son sus padres los que le "entregan" una explicación alternativa cumpliendo así la función de "medico". Pudiera ser que, debido a estas particularidades, la escala no refleje realmente las creencias hipocondríacas de "M".

Atendiendo a la información arrojada por la evaluación, vemos como existe un problema relacionado con las preocupaciones excesivas acerca del estado de salud como así indican el índice Whiteley de Hipocondría (8), la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad (69) y las entrevistas semiestructuradas. A su vez a lo largo de las entrevistas semiestructuradas se hace patente la existencia de un patrón evitativo incipiente.

A modo de análisis funcional, se podría decir que "M" en determinadas situaciones (clase de biología, comiendo alimentos sólidos, dolores de cabeza, pinchazos en el pecho, etc.) experimentaba preocupaciones muy intensas acerca del estado de salud (pensamientos catastrofistas, emociones desagradables como miedo intenso, etc.). Para evitar esto, "M" buscaba "reaseguramiento" en su entorno lo cual le aliviaba el malestar y estaba empezando a evitar ciertas situaciones en las cuales aparecían estas preocupaciones. Esto estaba empezando a resultar en un estilo de vida dirigido a controlar el malestar, más que a centrarse en como realmente ella quería vivir.

Objetivos de la intervención

En base a los datos de la evaluación y análisis funcional realizado se plantean los siguientes objetivos fundamentales de intervención:

- Extinción de la conducta problema,
- Prevenir la expansión del patrón evitativo que empieza a manifestarse.

- Mantener activas las diferentes áreas vitales. Se podría entender como la otra cara de la moneda del objetivo anterior. Mantener a "M" realizando acciones que estén "alineadas" con sus valores y no con evitar el malestar que le genera las preocupaciones.

Intervención

Los puntos clave de la intervención fueron la extinción de la conducta problema, prevenir el desarrollo del patrón evitativo y mantener activas las diferentes áreas de su vida.

El segundo y el tercero se pueden entender como dos caras de la misma moneda ya que el mantener activas las diferentes áreas vitales depende de que el patrón evitativo no se extienda y viceversa.

A parte de esos objetivos que fueron planteados explícitamente, considero que fue de vital importancia el establecimiento de una buena relación terapéutica y el hablar sobre la muerte.

El caso se desarrolló en siete sesiones. En la séptima sesión no se finalizó completamente el contacto, posteriormente se citó con motivo de seguimiento. En este trabajo no hay datos de ese periodo.

A continuación, se va a abordar cada uno de estos puntos con más profundidad.

Sesiones 1-2

La relación terapéutica. Primera y segunda sesión

En primera fase de la intervención, Sesión 1 y 2, se cuidó en gran medida establecer una relación terapéutica en la que "M" no se sintiese "incomprendida" o "invalidada".

Desde el primer momento se estableció una relación de escucha activa, libre de juicio, en la cual, normalmente no se señalaba lo acertado o desacertado de sus pensamientos o sentimientos, sino que simplemente se trataba de escuchar lo que expresaba. A parte de esto, se trataba de dar sentido a estos miedos poniéndolos en relación con su historia. Un ejemplo de este tipo de interacción:

- "Tengo miedo de atragantarme cuando como, hay comidas que no tomo porque me da miedo morirme atragantada"

- "A pesar de que es muy poco probable morir por atragantamiento, entiendo que tengas este miedo ya que me has comentado que te impactó mucho la muerte del marido de tu profesora que fue por atragantamiento"

Aunque la norma en la intervención fue este tipo de interacciones, si es cierto que en ocasiones la interacción se sumía en explicaciones acerca de la "poca probabilidad" de que las preocupaciones que presentaba fuesen ciertas. Sin embargo, estas interacciones no se perdían en un "debate socrático" para ver quien llevaba la razón o señalar simplemente lo desacertado o irracional de dichas preocupaciones, sino que se admitían dichas preocupaciones y posteriormente se aportaba información sobre el tema. Ejemplo:

- A veces siento dolor en el pecho y me da miedo tener un infarto, he escuchado que cuando te da un infarto te duele el pecho.
- Ajá, entiendo, aunque no es común que a personas de tu edad y en buen estado de salud le den infartos.

En definitiva, el mensaje que a "M" le llegaba era de comprensión y validación. Ella misma hizo referencia a esto a lo largo de la intervención.

- Normalmente lo que la gente te dice es que no te preocupes, deja de pensar en ello, como si fuese tan fácil...
- Y eso te hace sentir mal, ¿Verdad?
- Si
- ¿Aquí te sientes así?
- No, desde el principio he notado...no se...que se me escuchaba....

Sesiones 3-7.

Extinción de la conducta problema.

Parte de la intervención consistió en llevar a cabo una extinción de la conducta problema. Aunque desde un principio se dieron instrucciones de no "dar importancia" a la conducta problema, a partir de la tercera sesión es cuando más hincapié se hizo en esto.

A lo largo de la evaluación se llegó a la conclusión de que la atención otorgada por parte de su entorno (madre y padre) podría estar funcionando como reforzamiento positivo (la atención puede ser un reforzador muy potente), pero sobre todo como negativo. Había gran cantidad de ejemplos en los cuales "M" comunicaba una

preocupación y sus padres trataban de otorgar explicaciones alternativas y tranquilizadoras sobre dichas preocupaciones.

Esté aspecto de la intervención se llevó a cabo a través de sus padres. Se les explico la función que estaba cumpliendo su atención y como está no haría más que agravar los problemas y se les dio instrucciones de no atender a dichas preocupaciones.

Tras esta sesión, su madre relato un ejemplo en el cual "M" había entrado en "estado de pánico" durante un cumpleaños con dos de sus amigas. "M" estaba en la casa de una amiga celebrando un cumpleaños y noto que el vaso del cual estaba bebiendo estaba desgastado y tenía una pequeña grieta, en ese momento comenzó a estar intranquila, cada vez más asustada hasta el punto de llamar a su madre para que la recogiese y la llevase de nuevo a casa. Su madre se negó a ir a por ella, "M" insistía diciendo que se había "tragado un cristal". "que por favor fuese a por ella", que "se iba a morir" y que "se estaba desangrando". A pesar de la insistencia, la madre no fue, ella dice que puso el "pretexto" de que estaba en el cine. Cuando acabó la película llamó para ver que tal estaba, y ya estaba tranquila y disfrutando del cumpleaños.

La extinción no se llevó a cabo únicamente tratando de evitar la atención prestada en lo que se podrían denominar los momentos de "crisis", también se les dio instrucciones a sus padres de no entrar en conversaciones, que eran muy comunes entre ellos, las cuales tenían como objetivo aportar una explicación alternativa a las preocupaciones que tenía en relación con algún tipo de síntoma (dolor de cabeza, estomago, cuello, etc.) En otras palabras, no "entrar en su juego" y cuando estas situaciones tuviesen lugar, no darle una importancia especial.

Como vemos, el patrón evitativo también estaba presente en estas conductas, las interacciones con sus padres formaban parte de él. Ellos reforzaban negativamente sus preocupaciones ya que mediante su atención disminuían su ansiedad.

Evitar que el patrón evitativo se extendiese.

La vida de "M" no se encontraba limitada por sus preocupaciones (Hacía planes con sus amigas, buenas notas en el colegio, buena relación con sus padres, etc.). Considero que este fue uno de los puntos clave dentro de la intervención. Esto se trabajó explícitamente a partir de la tercera sesión, en la cual ya había datos suficientes sobre los miedos de "M" y las conductas que solía llevar a cabo. Hasta el final de la intervención,

hubo interacciones de este tipo. Sin embargo, "M" comenzaba a evitar situaciones cotidianas que le generaban malestar.

Dentro del patrón evitativo, se encontraban conductas como no comer alimentos que ella consideraba sólidos por miedo a atragantarse (patatas fritas, jamón, etc.), no ver películas en las cuales pudiese salir algo de sangre porque posteriormente estaba varios días pensando sobre el tema, no prestar atención en clase de biología para no experimentar el miedo que le producía, comprobarse las pulsaciones continuamente, búsquedas en internet de diferentes sintomatologías, tratar de no beber con vasos de cristal, búsqueda de reaseguramiento en sus padres, etc.

Podemos ver como todas estas conductas tenían como objetivo tratar de controlar todas aquellas situaciones que le provocasen la sensación de miedo para que este no se produjese (ej. Evitar alimentos) o en caso de producirse, suprimirla lo antes posible (ej. Tomarse las pulsaciones). Como se señaló anteriormente, este tipo de conductas se suelen mantener mediante reforzamiento negativo, ya que a corto plazo consigue disminuir el malestar que ese tipo de miedos le producen.

Un gran componente de la intervención se centró en transmitir el mensaje de que el control no es una solución, sino parte del problema. En línea con esto, se usaron algunas técnicas que se podrían enmarcar dentro de terapias de tercera generación como la "terapia de aceptación y compromiso", la cual tiene como "late motiv" poner al individuo "en contacto con su vida" en lugar de tratando de evitar aquellas situaciones que les provocan malestar (Hayes et al., 2014).

Un ejemplo de interacción con este objetivo:

- El nerviosismo me aparece cuando estoy pensando en enfermedades que puedo tener.
- ¿Y qué haces cuando estas en esas situaciones?
- Trato de pensar en otra cosa
- ¿Y lo consigues?
- No, hasta que no me pongo a hacer otra cosa no. Y aun así me cuesta.
- Eso que te pasa es normal, es imposible controlar los pensamientos a voluntad. Si quieres podemos probar aquí con un ejemplo de lo que te digo para que lo entiendas mejor.

- Vale.
- Mira, cierra los ojos. Y ahora, intenta no pensar en una silla blanca.
- (Risas), No puedo...

Las "intenciones paradójicas", una técnica que proviene de la terapia estratégica y la logoterapia, tiene como objetivo que el sujeto lejos de centrar sus esfuerzos en controlar la aparición de lo que les incomoda, lo provoquen (Michelson y Ascher, 1984). Esta técnica también se usó para prevenir la expansión del patrón evitativo.

Un ejemplo de este tipo de interacción durante la intervención:

- Ayer me hice daño al tragar cenando y dejé de cenar.
- ¿Y por qué dejaste de cenar? ¿Qué te preocupaba?
- Pensé que me podría atragantar
- Pues cuando estés comiendo a lo largo de la siguiente semana, intenta atragantarte, a ver si lo consigues. (En tono amable)
- ¿Cómo que me intente atragantar?
- Si, la próxima vez que estés comiendo intenta atragantarte, a ver si lo consigues...

A parte de intentar transmitir el mensaje de que el control no es siempre una solución, sino que también puede ser parte del problema, se explicó a "M" cómo funcionan las conductas de evitación, y como se pueden ir extendiendo hasta controlar su vida.

Acorde con esto, a lo largo de la intervención se discriminaban por parte del terapeuta aquellas ocasiones en las cuales "M" hubiese actuado en base a evitar el malestar y las consecuencias que esto tenía a corto y largo plazo. Ejemplo:

- Estuve sin comer jamón más de un año porque me daba miedo atragantarme.
- ¿Y a ti te gustaba el jamón?
- Si, es una de mis comidas favoritas.
- Y... ¿te das cuenta cómo evitar el malestar puede alejarnos de cosas que nos gustan?
- Si
- En este caso es un ejemplo tonto, porque simplemente es no comer jamón, pero si esto se traslada a otras cuestiones de nuestra vida, como evitar salir

con las amigas, evitar, ir al instituto, etc., puede tener consecuencias mucho más serias.

En relación con esto, se pidió a "M" que llevase un registro de las situaciones en las cuales se presentase la problemática con la intención de que aprendiese a analizar su comportamiento y las consecuencias de este. En el registro tenía que apuntar, lo que sentía, pensaba y hacía, y las consecuencias que eso tenía. Se podría decir, salvando las distancias, que se enseñó a "M" a hacer un análisis funcional de su propia conducta.

Sesión 4

Hablar sobre la muerte.

A la raíz de todas las preocupaciones de "M", siempre estaba la muerte.

La sesión en la cual la muerte salió a relucir de manera explícita (cuarta sesión) fue sin duda la más intensa de todas, en la cual se le vi o más afectada emocionalmente. Aunque esto fue de manera fugaz, considero que fue un punto crítico dentro de la intervención.

Ante la pregunta de "¿te da miedo la muerte?", "M" rompió a llorar y como si estuviese confesando un crimen dijo que "sí". Digo como si estuviese confesando un crimen porque respondió como si estuviese avergonzada de ello, como si se sintiese mal por sentir miedo de morir. "M" dijo que nunca había hablado de ello directamente con nadie, que, aunque mucha gente sabía que le preocupaba tener algún tipo de enfermedad, de la muerte en si nunca había hablado.

Por parte de la terapeuta se produjo lo que se ha descrito en la introducción como "validación", escuchando abiertamente las preocupaciones de "M" y teniéndolas en cuenta sin que fuese motivo de vergüenza.

Dicho coloquialmente, "M" tuvo la oportunidad de "desahogarse" y a partir de aquí, desde mi punto de vista (evidentemente subjetivo), se produjo un gran cambio en la paciente.

Resultados

Las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento llevadas a cabo mediante los autoinformes expuestos en el apartado de evaluación (EAE, WIH y SAS), indican una disminución general de las preocupaciones relacionadas con el estado de salud.

En primer lugar, en la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad, hay una disminución la puntuación total de 69/108 en la medida pre-tratamiento a 50/108 en la medida post-tratamiento. De las 9 subescalas que la componen, hay una disminución en 8 de ellas (gráfica 1). En todas salvo en la subescala preocupación por la enfermedad, que se mantiene igual. Me parece relevante resaltar la diferencia encontrada en subescalas como "fobia por la enfermedad" en la cual se pasa de una puntuación de 8(12) a 3(12) o en la subescala "preocupación por el cuerpo" en la cual se pasa de una puntuación de 9(12) a 4(12).

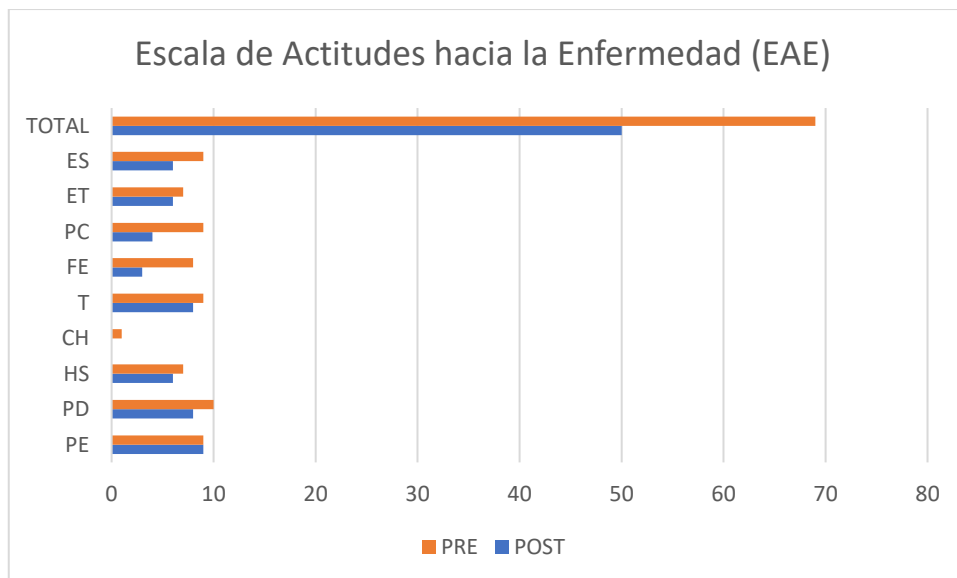


Gráfico 1

En segundo lugar, el "Índice Whiteley de Hipocondría" hay una disminución en la puntuación total, de 8 sobre 14 en la medida pre-tratamiento a 4 sobre 14 en la medida post-tratamiento (gráfico 2). Así mismo, hay una disminución en dos de las tres subescalas que la componen ("preocupación corporal" y "fobia a la enfermedad"). En la tercera subescala ("convicción de la presencia de enfermedad") la puntuación es igual en ambas medidas; 0.

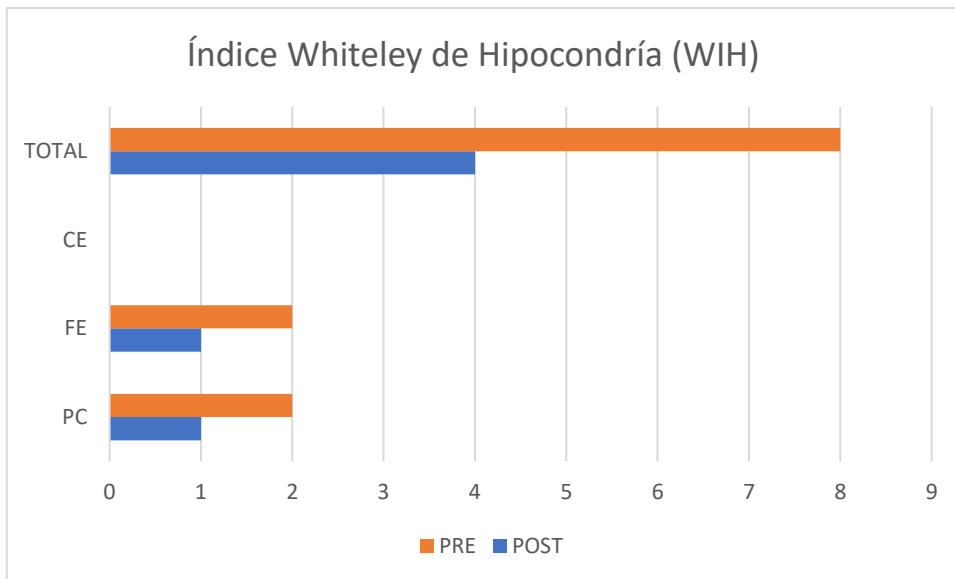


Gráfico 2

En tercer lugar, en la "Escala de Amplificación Somatosensorial" existe una disminución de 27 sobre 55 en la puntuación pretratamiento a 23 sobre 55 en el post-tratamiento (gráfico 3).

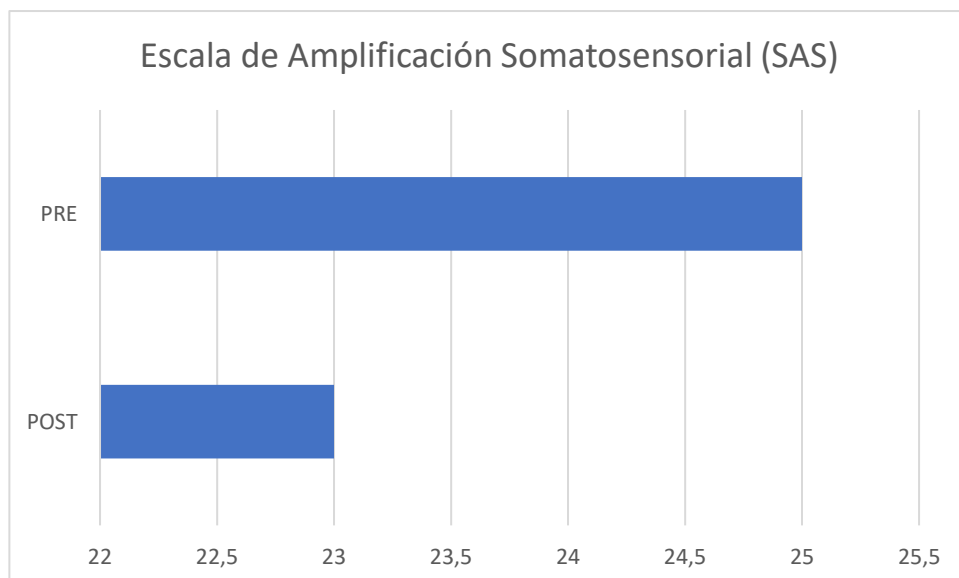


Gráfico 3

En cuanto a la sintomatología de la paciente, hay consenso por parte de sus padres, ella misma y la psicoterapeuta en que ha habido una disminución de las preocupaciones acerca del estado de salud.

En cuanto a lo que se podía observar en las sesiones psicoterapéuticas, hubo una evolución acerca de la temática que acaparaba las conversaciones. En las primeras sesiones, cuando se le preguntaba a "M" qué tal estaba, las sesiones eran monotemáticas, únicamente se hablaba de preocupaciones acerca del estado de salud. Esto evoluciono de manera progresiva, hasta la última sesión, en la cual se empezó preguntando a "M" cómo se encontraba y la temática de la conversación fue desde pequeñas discusiones que había tenido con sus amigas hasta algunos desengaños sentimentales propios de la adolescencia y únicamente salió el tema de las preocupaciones cuando se le pregunto explícitamente acerca de ello.

"M", en la última sesión, relataba que ya no se preocupaba tanto como antes, en sus palabras, "que las preocupaciones controlaban menos su vida". Que en las últimas tres semanas no había tenido ningún episodio de "nerviosismos incontrolables" a pesar de haber tenido algún dolor o preocupación. Que justo la noche anterior, cuando estaba cenando noto algo solido que le raspo la garganta pero que a pesar de eso no dejó de cenar (algo que antes hubiera sido impensable) y que en resumen ella se encontraba mejor con respecto a ese tema.

Sus padres informaron de que tenía el "problema más controlado".

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados que arrojan los autoinformes mediante las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento y lo que subjetivamente se observa e informan "M" y su familia, se puede decir que la situación por la cual "M" acudió a la consulta ha mejorado notablemente.

En cuanto a los resultados arrojados por los autoinformes, me parece interesante resaltar uno de los que más me han llamado la atención, el índice Whiteley de hipocondría. Se da una disminución desde 8, que recordemos que en la ficha técnica apuntan que una puntuación igual o superior a 8 es considerada consistente con un posible diagnóstico de hipocondría (Santos y López, s. f.) hasta 4, la mitad.

A pesar de la mejoría que se plasma en los autoinformes, la mejor forma de constatar la mejoría de "M" es mediante los pequeños ejemplos que relataba de su vida cotidiana como el de no dejar de comer a pesar de notar algo que ella consideraba sólido y que le podría estar rasgando la garganta me parecen muy significativos del cambio producido

en la paciente. De hecho, este era uno de los comportamientos que más estaban preocupando a sus familiares ya que tomaba demasiadas precauciones a la hora de comer y en muchas ocasiones dejaba de comer por este tipo de situaciones.

En cuanto a esta mejoría hay que ser cautelosos ya que a pesar de que las preocupaciones habían disminuido y estas limitaban menos su vida, estas seguían presentes. Sin embargo, "M" cuando decía las razones por las cuales se encontraba mejor resaltaba que a pesar de que estas preocupaciones estuvieran ahí, lo importante es que estas no tenían "tanto peso en su vida".

En cuanto a la relación entre el tratamiento y la mejoría, decir que en primer lugar que es imposible detectar o conceptualizar todas aquellas variables que entran en juego en la interacción psicoterapéutica y que, aunque fuese posible, no habría consenso en cuanto a la conceptualización de dichas variables ya que como sujetos que somos, nuestro punto de vista es subjetivo y el lugar desde el que miramos está contaminado con las influencias teóricas desde las que se parte. Muy seguramente, si este trabajo en vez de hacerlo yo lo hubiese hecho otro alumno, de esta universidad o de otra, hubiese hecho hincapié en distintas cuestiones a pesar, quizás, de haber partido hacia un mismo objetivo. Con lo cual, es imposible si quiera querer hacer una atribución hipotética de que el trabajo psicoterapéutico ha funcionado debido a que se han trabajado los objetivos aquí resaltados de la forma en la que se han expuesto. Más que eso, es simplemente un acercamiento a un procedimiento que se ha llevado a cabo, y considero que es tan válido como cualquier otro.

Dicho esto, considero que las variables manejadas en este estudio de caso pueden ser de gran relevancia a la hora de conceptualizar tanto la evaluación como la intervención de dicha problemática y, que podría servir de cara a enfocar futuras investigaciones tratando de conceptualizar de manera más objetiva y pormenorizada las variables incluidas en dicha problemática, los objetivos terapéuticos planteados y la manera de abordarlos.

Conclusión

Lo que históricamente se ha conocido como hipocondría y que desde la psicología de la salud se ha abordado como una conducta anormal de enfermedad, tiene varios puntos en común con el miedo a la muerte, entre ellos la evitación.

Aquí se ha expuesto, con todas las limitaciones que este trabajo tiene, que una intervención centrada en estas conductas evitativas puede concluir en resultados bastante satisfactorios para este tipo de problemática.

Referencias

- Alvarez, F. (1996). Muerte y psicoterapia, 35-46.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. American Journal of Psychiatry*.
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157(SEPT.), 404-409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334.
- Belloch, A., Ayllón Negrillo, E., Martínez Narváez-Cabeza de Vaca, P., Castañeiras Gebrikian, C., & Jiménez Tallón, M. Á. (1999). Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(1). Recuperado mayo 27, 2018, a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3869>
- Capafons Bonet, J. I. (1989). Tratamiento psicológicos eficaces para las fóbias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72713310/>
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., Barsky, A. J., & Fallon, B. A. (2016). Avoidance in hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 46-52. Recuperado mayo 11, 2018, a partir de https://0-ac.els-cdn.com/almirez.ual.es/S0022399916303518/1-s2.0-S0022399916303518-main.pdf?_tid=8bc20cf8-efd-484b-9254-958c818f3881&acdnat=1526029726_25a3963139ef46143a9a53badf937102
- Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 438-444. Recuperado mayo 10, 2018, a partir de https://ac.els-cdn.com/S0005791610000583/1-s2.0-S0005791610000583-main.pdf?_tid=0a482eb4-7ade-4552-90ef-41669de1701b&acdnat=1525951561_2083b096a5f66ecd46172344d7cac795
- Fernández Martínez, R., & Fernández Rodríguez, C. (1989). *Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 13, Nº. 3, 2001, págs. 407-418 (Vol. 13). Universidad de Oviedo. Recuperado abril 24, 2018, a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=0E204094FCD46DF02D5D3A6EC02F109A.dialnet02?codigo=2006929>
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167-182. Recuperado mayo 27, 2018, a partir de <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=0889-8391&volume=22&issue=2&spage=167>

- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 255-272. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2147836.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2147836>
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud : aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Pirámide. Recuperado mayo 8, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/record=b1090013~S7*spi
- Hayes, S. C., Strosahl, S., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso*. Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado mayo 10, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/record=b1645372~S7*spi
- Kirmayer, L. J., & Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. [Review] [76 refs]. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 54-60.
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (2002). *Criterios diagnósticos : DSM-IV-TR : breviario*. Masson. Recuperado abril 24, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/record=b1096135~S7*spi
- Luciano Soriano, M. C. (1996). *Manual de psicología clínica : infancia y adolescencia*. Promolibro. Recuperado abril 24, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/record=b1012875~S7*spi
- Martin, G., Pear, J., Vivas Fernández, L., & Suengas Goenechea, A. (2008). *Modificación de conducta : qué es y cómo aplicarla*. Pearson Prentice Hall. Recuperado abril 25, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/search~S4*spi?/XModificaci%7Bu00F3%7Dn+de+conducta&searchscope=4&SORT=D/XModificaci%7Bu00F3%7Dn+de+conducta&searchscope=4&SORT=D&startLimit=&endLimit=&SUBKEY=Modificación+de+conducta/1%2C106%2C106%2CB/frameset&FF=XModificaci%7Bu00F3%7Dn+de+conducta&searchscope=4&SORT=D&2%2C2%2C
- Martínez, M. P., Belloch, A., & Botella, C. (1997). La evaluación psicológica de las preocupaciones hipocondríacas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), 137-153.
- Martínez, M. P., & Belloch Fuster, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. *International journal of clinical and health psychology*, 4(2), 299-311. Recuperado a partir de <https://0-dialnet.unirioja.es/catalog.uoc.edu/servlet/articulo?codigo=854280&info=resumen&idioma=SPA>
- Martínez Narváez-Cabeza de Vaca, P., Belloch, A., & Botella Arbona, C. (2001). Tendencias atribucionales en la Hipocondria : caracterización y cambios con el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3). Recuperado mayo 27, 2018, a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3912>
- Martínez, R. F., & Rodríguez, C. F. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10(2), 259-270.
- Michelson, L., & Ascher, L. M. (1984). Paradoxical intention in the treatment of agoraphobia and other anxiety disorders. *Journal of behavior therapy and*

- experimental psychiatry*, 15(3), 215-20. Recuperado mayo 27, 2018, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6490931>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. *Sld.Cu*. Recuperado a partir de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3_sec1_k.pdf
- Pilowsky, I. (1967). Dimension of Hypochondriasis. *Br.J.Psychiatry*, 113, 89-93.
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J., & Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General hospital psychiatry*, 6, 123-130.
- Real Academia Española. (2018a). Diccionario de la lengua española. Recuperado junio 8, 2018, a partir de <http://dle.rae.es/?id=PDGS53g>
- Real Academia Española. (2018b). Diccionario de la lengua española. Recuperado junio 8, 2018, a partir de <http://dle.rae.es/?id=FHA3D3L>
- Romanik, R. L., & Kellner, R. (1985). Case study: Treatment of herpes genitalis phobia and agoraphobia with panic attacks. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 542-546. Recuperado mayo 29, 2018, a partir de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0085538>
- Santos, E. P., y López, M. M. (s. f.). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Recuperado junio 8, 2018, a partir de http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm
- Schwind, J., Neng, J. M. B., Höfling, V., & Weck, F. (2015). Health behavior in hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 493-498.
- Sirri, L., Fava, G. A., & Sonino, N. (2013). The Unifying Concept of Illness Behavior. *Psychother Psychosom*, 82, 74-81. Recuperado mayo 10, 2018, a partir de www.karger.com
- Soriano, C. L., Valverde, M. R., & Gutiérrez Martínez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394. Recuperado mayo 20, 2018, a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56040211.pdf>
- Source, Ferguson, E., & Daniel, E. (1995). Illness Attitude Scale. *Personality and Individual Differences*, 18(494). Recuperado abril 24, 2018, a partir de <http://dx.doi.org/10.1037/t12308-000>
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 227-237.
- Weck, F. (2014). Treatment of mental hypochondriasis: A case report. *Psychiatric Quarterly*, 85(1), 57-64.
- Yalom, I. D. 1931-. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder. Recuperado mayo 20, 2018, a partir de http://almirez.ual.es/record=b1419961~S7*spi