



Intervención Psicológica Basada en el Análisis Funcional en un Caso Clínico de Ansiedad por la Salud.

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Marie Lillenes Midtun

Tutor/a: Rebeca Pardo
y Lola Correa

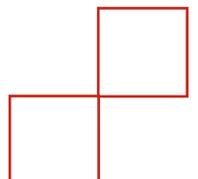
28 de febrero del 2022

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Abstract</i>	3
1. Introducción	4
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	8
3. Estrategias de Evaluación	9
4. Formulación clínica del caso	11
4.1. Variables disposicionales.....	11
4.2. Hipótesis de origen.....	11
4.3. Hipótesis de mantenimiento	13
4.4. Objetivos del tratamiento y procedimientos	15
5. Tratamiento	17
5.1. Descripción de las técnicas empleadas	18
6. Valoración del tratamiento	24
7. Discusión y conclusiones	28
8. Referencias bibliográficas	31
ANEXOS	35
ANEXO A Historia biográfica	35
ANEXO B Autorregistros de Intervención	39

Índice de tablas y figuras

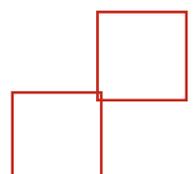
<i>Tabla 1 Estrategias de evaluación</i>	9
<i>Tabla 2 Variables disposicionales</i>	11
<i>Figura 1 Cadenas clásicas de la hipótesis de origen</i>	12
<i>Figura 2 Cadenas operantes de la hipótesis de origen</i>	12
<i>Figura 3 Cadenas clásicas y operantes en la hipótesis de mantenimiento</i>	14
<i>Figura 4 Cadena clásica y operante en la hipótesis de mantenimiento</i>	15
<i>Tabla 3 Objetivos y técnicas de intervención</i>	16
<i>Tabla 4 Cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento</i>	20
<i>Tabla 5 Consecución de objetivos percibido por el cliente en sesión 18</i>	24
<i>Tabla 6 Comparación de malestar percibido ante diferentes actividades</i>	25

Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

Ansiedad por la salud es un problema con elevados costos por todo el sistema sanitario. Estudios previos han sido enfocados en buscar la mejor intervención, y en muchas ocasiones comparando el uso de fármacos con distintas orientaciones de terapia. Los datos encontrados en relación con el uso de los fármacos son que los efectos secundarios pueden generar miedo en los clientes, y que entonces tiene baja tasa de adherencia, y que no suele tener efecto a largo plazo. Orientaciones empíricamente validadas son la terapia cognitiva conductual, técnicas de relajación, exposición y mindfulness, entre otros. El caso actual se trata de un estudiante de psicología que está experimentando miedo por tener una enfermedad relacionado a su corazón, lo que le hace hacer conductas de rumiación, comprobaciones y evitación. El tratamiento aplicado en este caso clínico tiene base en el análisis funcional para asegurar una intervención individualizado, como cada persona puede tener conductas problemas distintas cuando experimentan ansiedad por la salud. La terapia consistía en 20 sesiones, con duración de una hora semanalmente, salvo a vacaciones donde han sido mas espaciadas. Después de la sesión 20, un plan de seguimiento se implementa para prevenir recaídas y evaluar que se mantienen los cambios. Todos los objetivos establecidos en la tercera sesión se consideraron resueltos y el cliente se muestra muy contento.

Palabras clave: Ansiedad por la salud, análisis funcional, estudio de caso único

Abstract

Health anxiety is a problem with elevated costs for the entire health care system. Previous studies have focused on finding the best intervention, and they have been comparing the use of pharmacological treatments with different therapeutical approaches. The findings in relation to the pharmacological treatments shows that the side-effects can generate fear in clients, and therefore they tend to have a low adherence to the treatment, and the desired effects have not been long-term. Empirically validated approaches are cognitive behavioural therapy, relaxation techniques, exposure, and mindfulness, amongst others. The clinical case presented in this paper is about a psychology student who is experimenting fear of having a heart related health condition, which generates different behaviours, such as: rumination, checking behaviours, and avoidance. The applied treatment in this clinical case is based on the functional analysis to ensure an individualized intervention plan, as every person can experiment different problem behaviours when they have health anxiety. The therapy lasted for 20 sessions, with hourly sessions weekly, except from holidays, where the sessions were spaced more. After the 20th session, a follow-up plan was started to prevent relapses and evaluate the maintenance of the changes. All the objectives established in the third session were considered resolved, and the client was very satisfied.

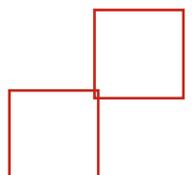
Keywords: Functional analysis, health anxiety, single case study

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



1. Introducción

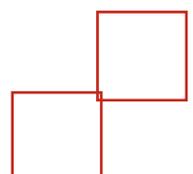
La ansiedad por la salud es un problema de la salud mental con elevados costos debido a la asistencia frecuente en todo el sistema de atención médica, incluyendo citas médicas, pruebas, investigaciones, pruebas laboratorios, entre otros (Axelsson et al., 2020; Barsky, 2001; Fallon et al., 2017; Higgins-Chen et al., 2019; Tyrer, 2018). Aunque los comportamientos de búsqueda de atención médica son extensos, rara vez son satisfactorios para las personas con ansiedad por la salud (Barksy, 2001). Es complicado estimar la prevalencia porque la definición y el diagnóstico han ido cambiando desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) hasta el V (DSM-V; Bandelow y Michaelis, 2015; French y Hameed, 2020; Newby et al., 2017; Scarella et al., 2019), y además porque la población con ansiedad de la salud es reacia a buscar consultas de salud conductual debido a que niegan que el problema esté relacionado con algo más que la salud fisiológica (Abramowitz y Baddock, 2006). Sin embargo, han encontrado que la frecuencia es cada vez mayor debido al cambio de actitudes hacia la salud, en particular al uso excesivo de información sanitaria en internet (Tyrer y Tyrer, 2018). El inicio suele ser al principio de la edad adulta y su gravedad suele aumentar con la edad (Abramowitz y Baddock, 2006; Bandelow y Michaelis, 2015; French y Hameed, 2020; Newby et al., 2017). No se ha encontrado preponderancia de género (French y Hameed, 2020). La ansiedad por la salud se encuentra más habitualmente en personas desempleadas y menos educadas (Newby et al., 2017). Según distintos autores, la prevalencia a lo largo de la vida varía entre 1-2% en población general (Lebel et al., 2020), 6% (Tyrer, 2018) o 3,4% (Axelsson y Hedman-Lageröf, 2019; Tyrer et al., 2019), estimando también la prevalencia de la hipocondría de el DSM-III y el DSM-IV.

La ansiedad por la salud es más comúnmente conocida como hipocondría debido a su nombre anterior en los manuales de diagnóstico. Se define por una preocupación excesiva por tener, o desarrollar, una enfermedad médica grave no diagnosticada (Abramowitz y Braddock, 2006; Barsky, 2001; French y Hameed, 2020; Newby et al., 2017; Scarella et al., 2019), y la atribución errónea de sensaciones corporales en ausencia de patología fisiológica, que lleva a querer buscar atención médico (Tyrer et al., 2016). Las personas suelen experimentar la ansiedad por la salud como una actividad fisiológica persistente (Berge et al., 2016; Starcevic, 2013), con emociones angustiantes (como el miedo) y preocupaciones sobre el desarrollo de una enfermedad médica grave a pesar de los resultados normales del examen físico y las pruebas de laboratorio (Abramowitz y Braddock, 2006; Barsky, 2001; French y Hameed, 2020; Lebel et al., 2020). Por lo general, involucra características conductuales como pensamientos intrusivos, afectos y percepciones desajustadas, pero los síntomas varían de un individuo a otro (Lebel et al., 2020; Taylor, 2004). Los pensamientos intrusivos pueden ser experimentados como verbalizaciones, imágenes, sensaciones o impulsos (Pascual-Vera y Belloch, 2017).

En respuesta a estas preocupaciones suelen tener conductas de seguridad dirigidas a reducir el miedo y proteger a su salud, como por ejemplo medir signos vitales (Abramowitz y Braddock, 2006). Algunos de las conductas que se observan a menudo son la evitación (de espacios, comidas, bebidas, ejercicio, etc.), las comprobaciones (tocarse el cuerpo para buscar sensaciones, acudir a citas médicas), la búsqueda de consuelo (pruebas médicos, comentarlo a conocidos), las distracciones, la revisión de distintos fuentes (internet) y la rumiación (Abramowitz y Braddock, 2006; Berge et al., 2016; Pascual-Vera y Belloch, 2017; Starcevic, 2013), algo que en su vez puede afectar a relaciones sociales, la situación laboral, y el

Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas



funcionamiento familiar, entre otras áreas (Abramowitz y Braddock, 2006). Por lo general, prestan demasiada atención a las sensaciones corporales normales (ritmo cardíaco, dolor de cabeza, la respiración, dolor en el pecho, entre otros) y malinterpretan estas sensaciones como indicadores de una enfermedad grave (como el cáncer o una condición cardíaca inexplicable; Abramowitz y Braddock, 2006; Berge et al., 2016; Starcevic, 2013). Es importante mencionar que las personas con ansiedad por la salud no tienden a inventar síntomas (Barsky, 2001).

Ante un estímulo amenazante, o percibido como amenazante, el cuerpo activa la respuesta conocida como “lucha o huida”, cual prepara el cuerpo para afrontar o escapar de un peligro. La respuesta es normal y adaptativa ante una amenaza, pero se vuelve desadaptativa cuando la activación se mantiene cuando la amenaza no es real (Abramowitz y Braddock, 2006). Cuando esta activación ocurre al mismo tiempo de otro estímulo que puede ser percibido como algo amenazante para la salud, se establece un condicionamiento entre la activación fisiológica y el estímulo percibido como una amenaza. En el caso de ansiedad por la salud, la activación fisiológica (malestar torácico, palpitaciones, náuseas, sudoración y taquipnea; Berge et al., 2016; Janszky et al., 2010; Roest et al., 2010) en si puede ser percibido como amenazante y hace que la persona esté alerta a las sensaciones corporales (Berge et al., 2016; Ginzburg et al., 2013; Starcevic, 2013). Tener miembros de la familia cercana desproporcionadamente preocupados por problemas relacionados con la salud puede facilitar la adquisición de conductas regidas por ansiedad por la salud (Alberts et al., 2014).

Las preocupaciones pueden mantenerse por varias razones, y hay que evaluar cada caso en concreto para ver exactamente lo que esta manteniendo la problemática en cada individuo (Taylor, 2004). Las contingencias que suelen mantener las conductas que son parte del mantenimiento de la problemática, son el alivio inmediato y el refuerzo intermitente de encontrar la sintomatología que la persona esta buscando. La conducta de hacer revisiones corporales suele aumentar las sensaciones corporales, que en su vez aumenta las preocupaciones y una sensibilización aprendida hacia las sensaciones orgánicas normales (Abramowitz y Braddock, 2006; Ginzburg et al., 2013).

La mayoría de los estudios revisados tiene evidencia que respalda tanto la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el tratamiento farmacológico (Abramowitz y Braddock, 2006; Axelsson et al., 2020; Axelsson y Hedman-Lageröf, 2019; Barsky, 2001; Fallon et al., 2017; French y Hameed, 2020; Taylor, 2004; Tyrer, 2018; Tyrer y Tyrer, 2018). Existen hipótesis psicodinámicas, pero no hay evidencia empírica que lo respalda (Abramowitz y Braddock, 2006). Otras terapias mencionadas en la literatura como tratamientos eficaces son la terapia basada en el mindfulness, terapias en grupo, terapia de aceptación y compromiso, y manejo del estrés (Chappell, 2018; Fallon et al., 2017; French y Hameed, 2020; Furer y Walker, 2005; Tyrer, 2018).

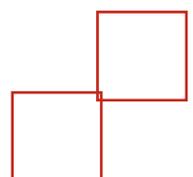
Varios estudios destacan que la farmacología tiene buen efecto en reducir la sintomatología en personas con ansiedad por la salud, pero que tiene complicaciones por efectos secundarios, cuales pueden percibirse como nuevas sensaciones amenazantes (Abramowitz y Braddock, 2006; Barsky, 2001; Fallon et al., 2008; Tyrer, 2018; Williams et al., 2011). En un estudio se mostró eficaz a corto-plazo en comparación a placebo, pero los efectos se desaparecieron con el tiempo (Williams et al., 2011). Es habitual que las personas que experimentan ansiedad por la salud rechazan la medicación dirigida a disminuir sintomatología mental por estar convencidas de que sus sensaciones indica un peligro hacia su salud físico

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



y también por los efectos secundarios, y entonces hay una alta tasa de interrupciones del tratamiento farmacológico (Barsky, 2001; Tyrer, 2018). Actualmente, la literatura sobre la eficacia del tratamiento farmacológico está limitado (Fallon et al., 2017), porque las personas con ansiedad por la salud tienen alta sensibilización a los efectos secundarios de los medicamentos (Tyrer y Tyrer, 2018). La TCC es el tratamiento más habitual para la ansiedad por la salud (Axelsson et al., 2020), pero muchas personas requieren una combinación entre la farmacología y la psicoterapia (Barsky, 2001; Fallon et al., 2017; French y Hameed, 2020).

La TCC es considerado un tratamiento eficaz en el tratamiento de la ansiedad por la salud en corto y largo plazo según la literatura empírica (Abramowitz y Braddock, 2006; Axelsson et al., 2020; Axelsson y Hedman-Lageröf, 2019; Barsky y Ahern, 2004; Chappell, 2018; Cooper et al., 2017; Fallon et al., 2017; French y Hameed, 2020; Greeven et al., 2007; Taylor, 2004; Tyrer, 2018; Warwick et al., 2018; Williams et al., 2011), y hasta 66% de los pacientes responden bien al TCC (Axelsson et al., 2020). Estudios evaluando la eficacia de la TCC reportaron una mejora en las preocupaciones por la enfermedad, creencias disfuncionales, ansiedad acerca de la salud, y deterioro del funcionamiento social hasta un año después (Barsky, 2001; Fallon et al., 2017). La TCC utiliza técnicas para identificar y alterar creencias disfuncionales sobre síntomas y enfermedades, modificar formas de conducta desadaptativa que mantiene la problemática, incluyendo las conductas de evitación, la búsqueda de tranquilidad con los demás, buscar nuevos médicos, conductas de comprobación, etc. (Abramowitz y Braddock, 2006; Barsky, 2001; French y Hameed, 2020; Greeven et al., 2007; Williams et al., 2011). Se les enseñan técnicas de relajación como apoyo para llegar a modificar estas conductas (Barsky, 2001).

El tratamiento eficaz de TCC ha mostrado resultados satisfactorios a largo plazo (French y Hameed, 2020; Furer y Walker, 2005; Tyrer, 2018; Warwick et al., 2018) y es el tratamiento más rentable costo-duración para la ansiedad por la salud (Axelsson y Hedman-Lageröf, 2019). TCC ofrecido de manera online se ha mostrado igual de beneficioso que presencial (Axelsson et al., 2020; Furer y Walker, 2005; Hedman et al., 2014; 2016). Además, ha mostrado menos uso de asistencia médica y atención psicológica durante el seguimiento (Chappell, 2018) y sin efectos secundarios (Furer y Walker, 2005).

Técnicas normalmente incluidas en la TCC son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y técnicas para modificar conductas, entre otras (Abramowitz y Braddock, 2006; French y Hameed, 2020; Fuster et al., 2019; Olatunji et al., 2014). Fuster y colegas (2019) destaca la importancia de utilizar registros en la terapia para evaluar el contexto del cliente fuera de las sesiones y la realización de tareas y técnicas. Las técnicas son determinadas para eliminar conductas comprobatorias de seguridad, evitación y disminuir preocupaciones relacionadas con la enfermedad. Una técnica muy importante en la TCC es la exposición con prevención de respuesta (Fallon et al., 2017; Furer y Walker, 2005; Hedman et al., 2014; 2016; Schwind et al., 2016), con estrategias para mejorar la eficacia de la exposición (Furer y Walker, 2005).

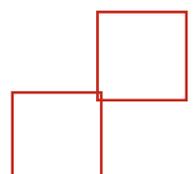
La ansiedad por la salud se considera difícil de tratar (Higgins-Chen et al., 2019). El pronóstico está mejor para las personas con referencias e intervenciones tempranas, y las personas más cooperativas, tolerantes y esperanzados suelen tener mejor resultados (Chapell, 2018; French y Hameed, 2020). Si responden bien a la intervención, el pronóstico puede ser de regular a bueno, y algo más bajo si la persona

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



experimenta síntomas graves (Scarella et al., 2019). Según un estudio realizado por Fallon y colegas (2017), 50% de las personas siguen sufriendo por ansiedad por la salud, aunque han recibido tratamiento. La ansiedad por la salud no tratada conduce a una muerte prematura (Tyrer, 2018) y el tratamiento psicológico ha mostrado mayor efecto que el tratamiento ofrecido por la atención médica general (Chappell, 2018).

Cómo cada persona puede vivir la sintomatología de manera distinta, también pueden desarrollar conductas problemas diferentes, y por eso es tan importante hacer una evaluación individualizada para asegurarse que el plan de intervención es lo más ajustado posible al cliente (Abramowitz y Braddock, 2006). El análisis funcional es una herramienta para analizar la conducta, más específicamente su función (Froxán, 2020), y puede ser utilizado en varias situaciones para guiar y facilitar la planificación del tratamiento (Froxán, 2020; Iwata y Dozier, 2008; Lincoln et al., 2017). Aprender la función de la conducta en la planificación de una intervención individualizada ha sido considerada ampliamente como la mejor práctica (Dixon et al., 2012; Hanley et al., 2003). Los manuales diagnósticos que se basen en etiología, descripción de los síntomas y pronóstico no proveen información satisfactoria para entender la conducta desadaptativa y entonces no son considerados convenientes para preparar un tratamiento adecuado (Kanfer y Saslow, 1965). El análisis funcional se enfoca en la identificación de variables que incluyen la ocurrencia de una conducta problema (Hanley et al., 2003) y ayuda a entender los factores que causan y mantienen ciertas conductas (Kaholokula et al., 2013; Lincoln et al., 2017). Se utiliza para disminuir la gravedad y la frecuencia de las conductas desafiantes, y también para facilitar la adquisición de habilidades de adaptación (Kanfer y Saslow, 1965).

En un caso clínico, el análisis funcional presenta un resumen de un esquema que puede servir como guía para la recopilación de información y la formulación del problema (Kanfer y Saslow, 1965). El esquema tiene como objetivo establecer un plan de acción que modificaría la conducta problemática del cliente, y entonces el tratamiento está enfocada en el individual en lugar de similitud de la historia del cliente con grupos patológicos conocidos. La herramienta está científicamente validada (Dixon et al., 2012; Froxán, 2020; Kaholokula et al., 2013; Kanfer y Saslow, 1965; Lincoln et al., 2017; Skinner, 1953).

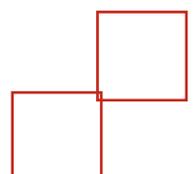
El caso que se presenta enseguida se ha basado en el análisis funcional para la evaluación y la intervención. Todas las técnicas utilizadas en la intervención son técnicas empíricamente validadas.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos personales del cliente han sido modificados para asegurar el anonimato del cliente, para respetar el código deontológico profesional, y seguir la Ley Orgánica de Protección de Datos. En adelante, se hará referencia al cliente con la inicial "G". G es un hombre soltero de 24 años quien ha vivido con sus padres y dos hermanos en Cuenca hasta que empezó la universidad. Realizó un grado de psicología en Salamanca y recién ha empezado un máster en Neuropsicología de manera online. Al terminar su carrera, volvió a vivir con sus padres y su hermano menor. Cuenta con un buen ambiente familiar, y es económicamente dependiente de sus padres. G dice que su madre ha tenido conductas hipocondríacas, pero piensa que esto no influye en su problemática actual.

G acude a consulta porque últimamente ha tenido mucha ansiedad. Describe su experiencia de ansiedad como activación fisiológica, pensamientos catastróficos, y dedicar mucho tiempo en preocuparse. El contenido de los pensamientos incluye miedo a tener un ataque de corazón y de la muerte, y suelen venir cuando tiene activación fisiológica o cuando hay poca estimulación externa. Cuando tiene preocupaciones, hace conductas comprobatorias, como medir el ritmo cardiaco, tocarse el pecho, buscar información en internet o comentarlo a algún amigo. Cuenta que su sintomatología empezó al terminar un trabajo grande en la universidad y que se empeoró cuando un jugador de fútbol tenía un ataque cardiaco en un partido, porque confirmó sus preocupaciones. Considera cualquier sensación orgánica como una señal de peligro relacionado con el corazón. Ha ido dos veces a médicos de cabecera y especialistas en el ámbito cardiovascular, quien le han dicho que tiene muy buena salud. Acude a consulta por propia iniciativa.

G está contento con su vida social. Tiene una relación en particular que considera más importante, con una mujer que también es su expareja. En adelante se hace referencia a esta persona con la inicial "M". En principio, G tiene muchos intereses y aficiones, cuales incluyen música (tocar la guitarra, cantar), deportes (baloncesto, pádel, fútbol, entre otros), ver películas y series, leer, y hacer planes con amigos (hacer rutas, ir al cine, salir para tomar cerveza). Últimamente, G no está disfrutando de sus actividades de ocio como antes, y ha llegado a dejar algunas de estas actividades, especialmente las actividades que implica un esfuerzo físico. Mantiene las quedadas con amigos cuando sabe que van a tomar cervezas, porque tomar cerveza le genera tranquilidad y disminuye sus preocupaciones. No ha aumentado el ingreso de alcohol desde el comienzo de la problemática.

Su problemática no ha llegado a influir en los estudios. La sintomatología empezó en mayo, y la mayoría del trayecto no ha coincidido con los estudios, pero si considera que ha afectado su concentración. G considera que no ha influido en sus relaciones sociales y/o familiares.

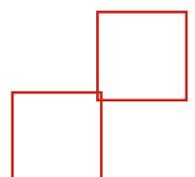
G tiene dos experiencias previas de ir a terapia, la primera vez fue por otra problemática, y la segunda vez fue cuando empezó a notar sintomatología de la problemática actual. Decidió dejar la primera terapia porque no se basaban en el análisis funcional, y dice que dejó la segunda por la misma razón, además que solamente tenían disponibilidad cada 5 semanas. Comenta que no mandaron tareas para casa, pero practicaron la respiración diafragmática, cuál considera útil en algunas situaciones, pero no siempre. No tiene diagnósticos previos, y no está tomando medicamentos.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



3. Estrategias de Evaluación

Las sesiones han tenido lugar semanalmente con una duración de 60 minutos cada sesión. Se le ha pedido que rellene una historia biográfica (Anexo A) y autorregistros entre sesiones y mandarlos encriptados por correo anteriormente de la sesión, para poder revisarlas antes de la sesión y así resolver dudas o corregir la realización de los autorregistros en sesión. Las dos primeras sesiones han sido dedicadas a la evaluación, aplicando la entrevista clínica no estructurada, pero también ha sido utilizada a lo largo de la intervención para evaluar si hay otros aspectos relevantes que surgen en el camino. Tabla 1 demuestra las estrategias de evaluación y que función ha tenido.

Tabla 1 Estrategias de evaluación

Estrategias de evaluación

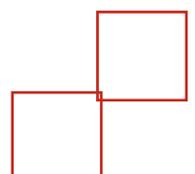
Estrategias de evaluación	Función
Entrevista clínica	Permitió la adquisición de información relevante sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de la problemática, junto con verbalizaciones directamente involucrados en el mantenimiento de las conductas problemáticas. Además, ha dado información que indica cuales patrones de conductas son habituales fuera de las sesiones.
Autorregistros	Han proporcionado información sobre el cliente en el contexto extra-clínico cuando experimenta situaciones de malestar. Se los han mandado por correo en un documento incluyendo información sobre la fecha y hora, una breve descripción de la situación (donde está, con quién, qué esta haciendo, etc.), su discurso de pensamientos literales, sus sentimientos (tantas emociones cómo las sensaciones fisiológicas), que hace ante esta situación (sus acciones), y el nivel de malestar que esta experimentando de 0-10 donde 0 es la ausencia de malestar y 10 el es máximo nivel de malestar. Se ha pedido que el cliente llenará el autorregistro durante o justo después de la situación que esta viviendo cómo malestar, en todos los ámbitos de su vida. La información obtenida da información sobre los antecedentes y los consecuentes inmediatas tras la ocurrencia de las conductas problemáticas.
Historia biográfica	Proporciona información general sobre el pasado, la vida actual y las aspiraciones del cliente para el futuro. Varias variables disposicionales a menudo están presentes aquí.
Observación	La observación permite ver conductas clínicamente relevantes y reacciones del cliente, lo cuál facilita ver si hay ciertas situaciones o

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



temas que le genera más malestar, si el cliente entiende la información bien y da lugar para recibir información del lenguaje corporal.

La cita médica

Fue incluida para descartar problemas médicos u origen orgánico, y para asegurar que la intervención sería segura. Antes de empezar la terapia, se había hecho pruebas de electrocardiograma, analíticas y ecografías. En la terapia se le preguntó si sentía que faltaba alguna prueba, y dijo que le faltaba la prueba de esfuerzo máximo, y entonces se le pautó a pedir una cita para esto, para luego poder descartar problemas y utilizar el resultado como prueba de realidad.

**Nota.* Función: la información que pretenden obtener las estrategias de evaluación.

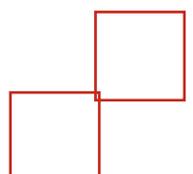
Para valorar la adherencia a la terapia, junto con la realización y comprensión de las tareas de la intervención, se ha mandado autorregistros específicos en relación con las técnicas de intervención (Anexo B). Los autorregistros en relación con las técnicas han permitido un seguimiento del avance terapéutico en el ámbito extra-clínico y ha proporcionado información para valorar cuando conviene aumentar la dificultad en los procesos graduales. Tras la explicación del análisis funcional al cliente, se ha pedido un resumen para asegurar su comprensión.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



4. Formulación clínica del caso

4.1. Variables disposicionales

Las variables disposicionales relevantes para el análisis funcional del cliente se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 Variables disposicionales

Variables disposicionales

Personales	Entorno
- Deportista	- Apoyo social
- Carácter reflexivo (sentido de la vida efímera, la muerte)	- Gusto por el deporte/ deportistas como modelos, eventos relacionados con ataques cardíacos, deportistas con problemas cardíacos → Regla de contingencia: “Una persona sana puede morir de un ataque de corazón”
- Reglas de contingencias “Si estoy atento a los síntomas podré prevenir el problema a tiempo”	- Madre modelada: “todo bajo control”
	- Inestabilidad/conflictos de pareja
	- Consulta médicos sin solución para él (G no satisfecho)

4.2. Hipótesis de origen

El cliente no identifica exactamente cuando inició la problemática o una ocurrencia específica, pero si que ha sido un desarrollo gradual y recuerda haber empezado a darse más cuenta de sus problemas actuales alrededor de mayo. Sin embargo, dice que ha pensado mucho en la muerte desde que tenía 14/15 años cuando tenía una “crisis existencial”, pero que hasta ahora no le ha generado tanto miedo y no ha sido algo recurrente. Gradualmente empezó a pensar más sobre la muerte (EC1/EI), y le generaba miedo (RC1/RI). Teniendo un carácter reflexivo (VD), facilitó tener pensamientos sobre la muerte más a menudo. Por el gusto que tiene por el deporte (VD), G suele estar atento a ver partidos de fútbol y otros deportes, algo que le pone más fácilmente en contacto con accidentes que pueden ocurrir durante los partidos. Durante el verano, hubo un jugador de fútbol de Dinamarca que tuvo un ataque cardíaco (EC2) en un partido, y mostraron cuando empezaron la resucitación cardiopulmonar en la tele, lo cuál fue muy aversivo para G y le generaba mucho miedo (EC2). Después de esta ocurrencia empezó tener miedo y sentir angustia (RC3) cada vez que notó sintomatología representativa de un ataque cardíaco (EC3). Dicha sintomatología son sensaciones orgánicas en la zona cardíaca cómo un aumento del latido del corazón, que el cliente condiciona a un ataque cardíaco. Las cadenas clásicas en la hipótesis de origen se ven reflejadas en la Figura 1.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

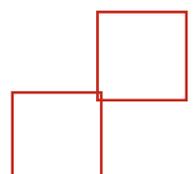
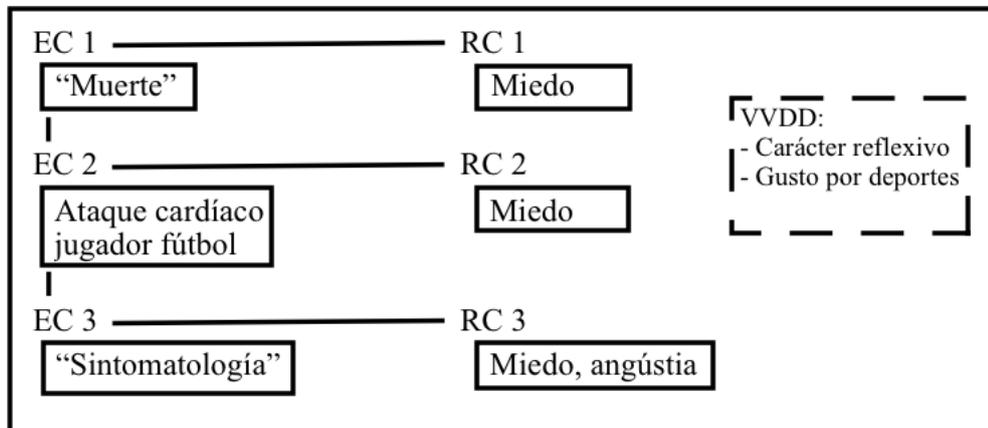


Figura 1 Cadenas clásicas de la hipótesis de origen

Cadenas clásicas de la hipótesis de origen

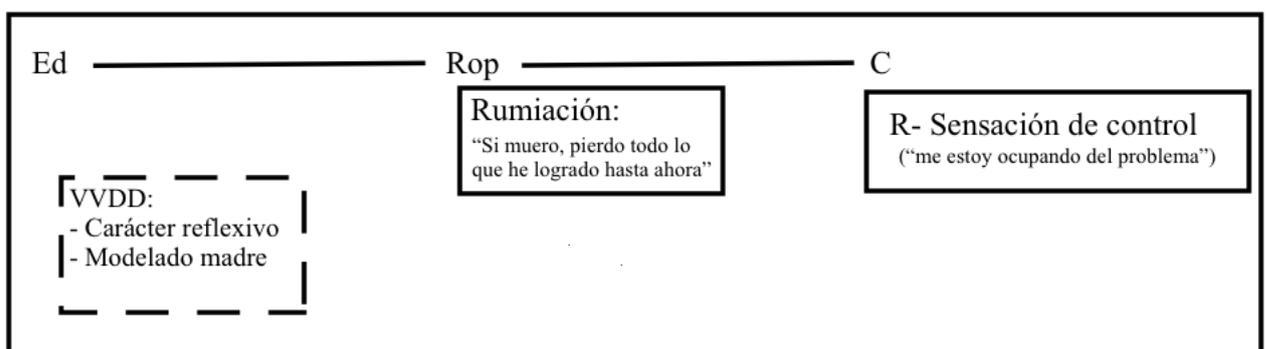


*Nota. VVDD = Variables Disposicionales, EC = Estímulo Condicionado, RC = Respuesta Condicionado, Sintomatología = Sensaciones orgánicas en zona cardíaca

El miedo y la angustia que G sentía frente a la sintomatología (Ed), discriminaron la conducta operante de rumiación en el cliente, con un discurso encubierto del tipo: "si muero, se pierde todo lo que he logrado hasta ahora", "si alguien en tan buena forma puede tener un ataque cardíaco, es probable que la tenga yo", etc. Esta rumiación era reforzada positivamente por una sensación de control, sintiendo que se estaba ocupando del problema y entonces recibiendo una sensación de tranquilidad, como es demostrado en la Figura 2. La rumiación sobre lo que le preocupa se veía facilitado por el modelado que ha tenido por parte de su madre, quien ha tenido una necesidad de tener todo bajo control para sentirse tranquilizada. Su carácter reflexivo (VD) también favorece la tendencia a rumiar sobre situaciones que le genera malestar.

Figura 2 Cadenas operantes de la hipótesis de origen

Cadenas operantes de la hipótesis de origen



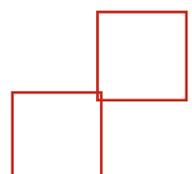
*Nota. VVDD = Variables Disposicionales, Ed = Estímulo Discriminativo, Rop = Respuesta Operante, C = Consecuentes, R- = Refuerzo Negativo, Sintomatología = Sensaciones orgánicas en zona cardíaca

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



4.3. Hipótesis de mantenimiento

La sintomatología (EC) y angustia/malestar (RC) discrimina pensamientos desajustados y rumiación (Rop) en G. Algunos de los pensamientos son: “¿Qué es esto?”, “Si deportistas profesionales pueden tener problemas cardíacos, yo también puedo”, “¿Porque tengo una sensación rara cerca a mi corazón?”, “Esta sensación seguramente es una muestra de que voy a tener un ataque cardíaca”, etc. Estos pensamientos desajustados y/o rumiativos se ven reforzados positivamente por la sensación del control. El contenido del discurso encubierto (Rop) esta condicionado aversivamente (EC- - RC-), y en su vez discrimina conductas comprobatorias (Rop). Algunas de las conductas comprobatorias identificadas durante la evaluación era acudir a consultas médicas, focalizar su atención en sensaciones orgánicas, tocarse el pecho, medir su ritmo cardíaco, buscar en internet y comentar sus preocupaciones a un amigo. Las consultas médicas le generan alivio (R-) y una sensación de control (R-) por recibir el resultado de que su corazón está bien. Sin embargo, con el tiempo piensa que tal vez no ha hecho todas las pruebas necesarias, y vuelve a acudir a otra consulta nueva.

Focalizar su atención en las sensaciones orgánicas, tocarse el pecho y medir el ritmo cardíaco le da una sensación de control (R+) y le refuerza positivamente por cumplir su regla de contingencia (VD) de “Si estoy atento a los síntomas podré prevenir el problema a tiempo”. Hacer búsquedas en internet esta reforzado positivamente cuando encuentra la información que está buscando, confirmando sus pensamientos desajustados de que esta en peligro por un problema cardíaca y reforzado negativamente en ocasiones por alivio al disminuir la incertidumbre. Cuando cuenta sus preocupaciones a amigos, suele recibir consuelo (R+) algo que suele ayudar para tranquilizarse. Todos los consecuentes tras las conductas comprobatorias son refuerzos intermitentes, excepto cumplir la regla de contingencia, porque G consigue tranquilizarse en algunos momentos, mientras en otros momentos no le sirve, y entonces aumenta sus intentos y conductas comprobatorios aún más.

Como se puede observar en la Figura 3, las comprobaciones en su vez, le pone en contacto con las sensaciones orgánicas (EC) que le genera malestar (RC), y discrimina más pensamientos desajustados y rumiación (Rop) y entonces se crea un bucle que esta reforzado negativamente por la sensación de control (“me estoy ocupando del problema”) y positivamente por cumplir su regla de contingencia ““Si estoy atento a los síntomas podré prevenir el problema a tiempo””).

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

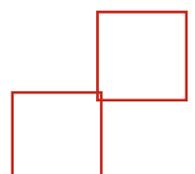
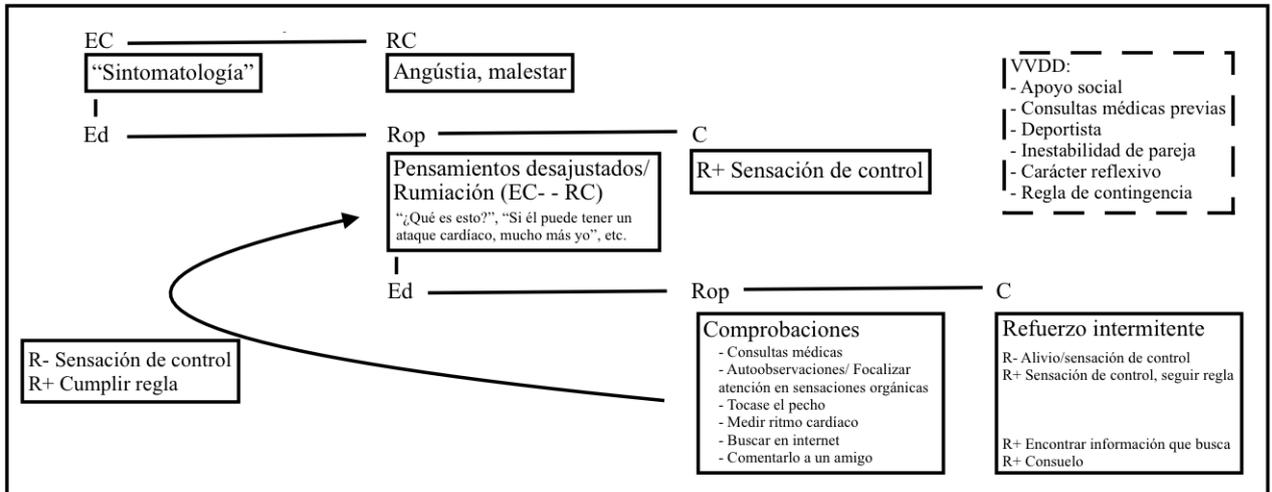


Figura 3 Cadenas clásicas y operantes en la hipótesis de mantenimiento

Cadenas clásicas u operantes en la hipótesis de mantenimiento



**Nota.* VVDD = Variables Disposicionales, EC = Estímulo Condicionado, RC = Respuesta Condicionada, Ed = Estímulo Discriminativo, Rop = Respuesta Operante, C = Consecuente, R- = Refuerzo Negativo, R+ = Refuerzo Positivo, Sintomatología = Sensaciones orgánicas en zona cardíaca

Hay varios variables disposicionales que intervienen en la hipótesis del mantenimiento. El apoyo social que G tiene es bueno, porque puede contar con varios amigos en situaciones difíciles, especialmente con M quien casi siempre le consola, sin embargo, forman parte del mantenimiento de la problemática, específicamente en las conductas comprobatorias. Las consultas médicas previas también aumentan la probabilidad de las conductas comprobatorias de seguir acudiendo a consultas médicas, porque le ha generado tranquilidad en el pasado, pero no se queda tranquilo en largo plazo por tener pensamientos del estilo: "porque deberían haber hecho más pruebas para estar seguro". Siendo deportista aumenta la frecuencia en que G esta en contacto con lo que percibe como sintomatología (EC- - RC-) en forma de activación fisiológica, y entonces discrimina más a menudo las clases de conductas operantes. Durante varios meses, G y M han tenido inestabilidad de pareja, algo que ha generado rumiación en G. Esta rumiación le afecta el sueño y se siente cansado frecuentemente. Cuando G esta más cansado, tiene la tendencia de estar aún más atento a la sintomatología, y entonces la inestabilidad le pone en contacto con el estímulo que tiene condicionado aversivamente más a menudo.

Siendo deportista (VD), G suele hacer ejercicio (EI) a menudo, lo cuál genera una activación fisiológica (RI/EC), algo que aumenta el miedo/ansiedad (RC) por la similitud que percibe en relación con la sintomatología de un ataque cardíaco (aumento ritmo cardíaco, presión en pecho, cansancio, etc.). Como se puede ver en Figura 4, esto ha discriminado que G ha empezado a evitar hacer deportes (Rop), algo que ha sido mantenido por el alivio (R-) inmediato que G ha experimentado por no tener contacto con el estímulo condicionado aversivamente. La misma cadena se puede observar en relación con tomar café (EI) porque activa el organismo (RI/EC), lo cuál tiene condicionado a miedo/ansiedad (RC). Evitar tomar el café (Rop) le genera alivio (R-) por no estar en contacto con los estímulos condicionados aversivamente.

Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

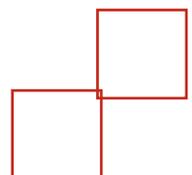
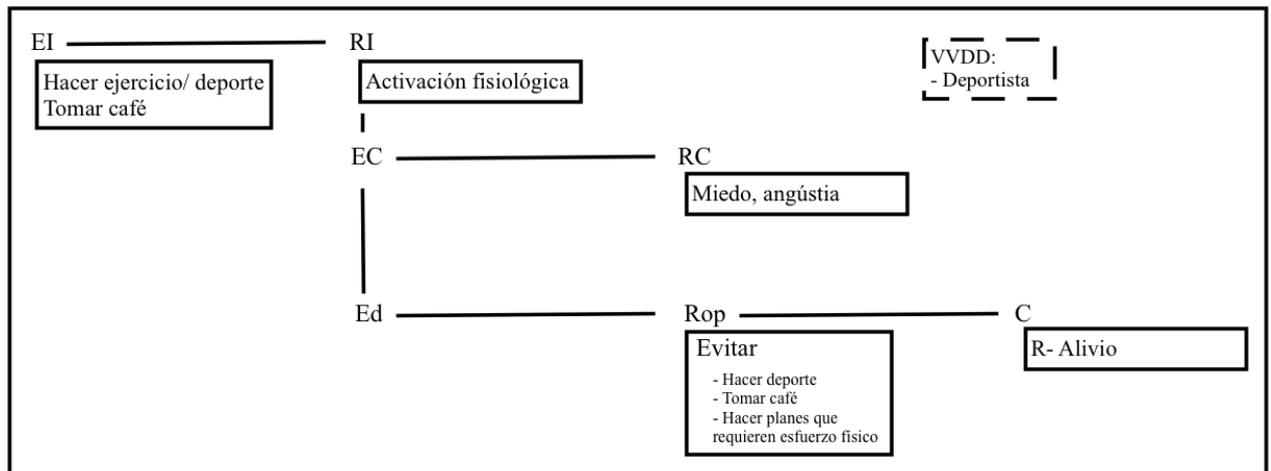


Figura 4 Cadena clásica y operante en la hipótesis de mantenimiento

Cadena clásica y operante en la hipótesis de mantenimiento



*Nota. VVDD = Variables Disposicionales, EI = Estímulo Incondicionado, RI = Respuesta Incondicionada, EC = Estímulo Condicionado, RC = Respuesta Condicionada, Ed = Estímulo Discriminativo, Rop = Respuesta Operante, C = Consecuente, R- = Refuerzo Negativo

Se ha observado que cuando hay un aumento de estimulación externa, y G se encuentra distraído, no hay sintomatología (ej. haciendo prueba de fuerza máxima, en sesión: “ahora no me molesto porque estoy aquí, enfocado en esto”).

Las consecuencias de mediolargo plazo que G esta experimentando como resultado del mantenimiento de la problemática son:

1. Su vida se gira en torno a sus preocupaciones (ej. ha dejado de hacer algunos planes gratificantes, tomar café).
2. Sensibilización a respuestas/sensaciones orgánicas por la hipervigilancia de la sintomatología.
3. Aumento del nivel basal de activación del organismo.
4. Una disminución de fuentes de refuerzos.
5. La tolerancia a la incertidumbre se ha disminuido.
6. Aumento de inseguridad.

4.4. Objetivos del tratamiento y procedimientos

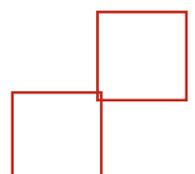
G viene a consulta con varios objetivos: quiere poder relajarse mejor, volver a hacer deporte, disfrutar planes sociales que ahora le cuesta por como se sienta, dejar miedos, y no pensar en peligro cada vez que alguien le propone un plan que le parece divertido, como hacer ruta o montar en bicicleta. Los objetivos terapéuticos están establecidos en base del análisis funcional junto con la demanda del cliente, y se pueden observar en la Tabla 3, donde también se puede ver una lista de la intervención implementado ante cada

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



objetivo. Se le explicó al cliente que los objetivos son modificables, y que puede añadir o sacar objetivos si no esta de acuerdo. Además, se le explica que, si surgen otros objetivos a lo largo de la intervención, siempre se puede ampliar la lista.

Tabla 3 Objetivos y técnicas de intervención

Objetivos y técnicas de intervención

Objetivos	Intervención
Disminuir comprobaciones (buscar en internet, buscar consuelo en amigos, ir al médico, tocarse el pecho, etc.)	Psicoeducación (funcionalidad de comprobaciones en mantenimiento del problema) Exposición gradual con prevención de respuesta Respiración diafragmática Reestructuración cognitiva Parada de pensamientos
Disminuir autoobservaciones (“ej. escuchar” su corazón)	Psicoeducación (funcionalidad de autoobservaciones en mantenimiento del problema) Respiración diafragmática Parada de pensamientos
Disminuir rumiación (reflexión de muerte, pensamientos irracionales)	Psicoeducación (funcionalidad de rumiación y de pensamientos irracionales) Reestructuración cognitiva Parada de pensamientos Respiración diafragmática
Retomar y poder disfrutar deportes y actividades con esfuerzo físico	Exposición gradual con prevención de respuesta Respiración diafragmática
Retomar y poder disfrutar actividades gratificantes	Exposición con prevención de respuesta Respiración diafragmática Activación conductual (+actividades incompatibles con atender sintomatología)
Bajar la ansiedad (nivel basal de activación fisiológica)	Se resolverá solo por todas las técnicas abordadas anteriormente

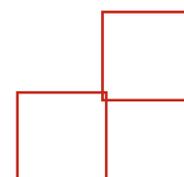
**Nota.* Se hace diferencia entre comprobaciones y autoobservaciones en los objetivos, aunque tienen la misma funcionalidad en el mantenimiento del problema porque las autoobservaciones tienen menos coste de respuesta en comparación a las demás conductas comprobatorias.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



5. Tratamiento

La evaluación y tratamiento ha sido llevado a cabo por una psicóloga con experiencia de más de 5 años con formación en terapia conductual, y la terapia ha tenido una duración de 20 sesiones a lo largo de cinco meses de manera online. Fue abordada en el centro privado Implica Psicología, con sesiones semanales con duración de una hora, salvo durante las vacaciones de navidad, donde las sesiones han sido espaciadas. Las primeras dos sesiones fueron dedicadas a la evaluación, y en la tercera sesión se le dio la devolución del análisis funcional al cliente. A partir de, e incluyendo, la sesión cuatro empezó la intervención y duró hasta la sesión 20. El caso sigue actualmente abierto, pero ha entrado en la fase de seguimiento donde las sesiones van a ser mas espaciadas. Se le ha pautado al cliente que sigue utilizando las técnicas para mantener los cambios conseguidos. Desde el centro se permitió la observación continua del caso.

Durante todo el curso de la terapia, se ha prestado mucha atención en establecer, potenciar y mantener una buena alianza terapéutica. En las primeras sesiones esto ha sido especialmente importante. Para establecer una buena alianza, se ha utilizado habilidades terapéuticas como la escucha activa, comprensión y empatía. La psicóloga también se adaptó para satisfacer los intereses personales del cliente, como por ejemplo el interés por la psicología y el análisis funcional. Además, ha sido muy abierta sobre el proceso terapéutico, para que el cliente se siente parte de la terapia y con libertad para preguntar en que se basa la intervención.

Para asegurarse de la comprensión e implicación del cliente, se ha dedicado tiempo para explicar la función de su problemática al acudir a terapia, utilizando los datos recogidos y el análisis funcional. Antes de explicar el análisis funcional específico del cliente, se le informa sobre conceptos implicados como los principios de aprendizaje, incluyendo el condicionamiento clásico y operante y aprendizaje pre-asociativo para facilitar su comprensión. Al introducir técnicas, siempre se le ha comunicado el porque utiliza tal técnica y cómo funciona, apoyándose en ayudas visuales cuando se lo ha considerado provechoso, como por ejemplo durante la explicación sobre la curva de ansiedad y el proceso de incubación. Además, se le ha relacionado las técnicas específicas con los objetivos que pretenden resolver. Para mantener al cliente motivado durante todo el proceso terapéutico y aumentar la probabilidad de realización de tareas, se le repite la información sobre la función de su conducta al iniciar terapia y de las técnicas a lo largo del tratamiento para anticiparle los beneficios al realizar las tareas en el ámbito extra clínico, aunque pueden tener una alta coste de respuesta, especialmente al inicio. También se le anticipa que puede sentir un aumento de malestar al inicio por ponerse en contacto con estímulos que tiene condicionado aversivamente, para disminuir la probabilidad de querer escaparse de las situaciones, cuál ha sido parte del mantenimiento de su problemática.

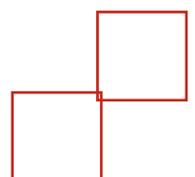
Al final de cada sesión, se le pide que el cliente registre las tareas (Anexo B) que realiza hasta que se considera que el cliente es capaz de mantener su realización correcta sin supervisión. Al iniciar las sesiones, se revisa los registros para evaluar y reforzar su realización, resolver dudas y dificultades, y castigar si no lo ha realizado. Si no realiza las tareas, se evalúa el motivo, y si es por evitación se le vuelve a mostrar el efecto que tiene en el mantenimiento del problema y se adapta un plan para que deje de evitar, recordándole de las otras técnicas que puede utilizar para apoyarse durante las exposiciones y anticipando los beneficios de su realización. En cada sesión se evalúa el avance del cliente para adaptar el procedimiento del tratamiento y para ajustar las sesiones a las necesidades personales del cliente.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



5.1. Descripción de las técnicas empleadas

La respiración diafragmática fue introducida en la primera sesión. Se le ha dado una explicación sobre la fisiología tras la técnica, cómo y porque funciona. Primero se le enseña la realización como modelado en sesión, y luego se le observa al cliente cuando lo practica para modificar y moldear la realización hasta que lo hace bien. Se le pauta que lo practique al menos durante cinco minutos diarios y que lo registre (Anexo B). Cada semana se aumenta gradualmente la dificultad cuando se lo ha valorado adecuado basándose en los datos de los autorregistros. Primero se lo practica sentado, luego en movimiento haciendo tareas automatizadas, luego dando un paseo, y al final se le pauta que lo puede practicar en momentos de ansiedad (activación fisiológica) y junto con las otras técnicas como la reestructuración cognitiva y las exposiciones.

En varias ocasiones se le ha dado psicoeducación para ajustar pensamientos irracionales, para dar información sobre respuestas de ansiedad y ataques de pánico y para asegurar la comprensión del cliente sobre su problemática y la intervención para aumentar su motivación. La psicoeducación se le ha dado directamente en las sesiones o como tarea en forma de lecturas.

La técnica de reestructuración cognitiva fue implementada para detener y combatir los pensamientos irracionales tras tres filtros. La técnica fue explicada en dos partes; en la primera parte se le da psicoeducación sobre pensamientos racionales e irracionales, informando sobre los tipos de distorsiones cognitivas que existen. En la segunda parte se le enseña una estrategia para debatir los pensamientos irracionales utilizando tres filtros. El primer filtro sirve para ver si el pensamiento tiene pruebas de su certeza, el segundo para evaluar la magnitud de las consecuencias, y la tercera es para evaluar las consecuencias de pensar de esa manera y ver para que le sirve, o si puede hacer algo al respecto. Se le pauta que practica la reestructuración cognitiva en casa, apoyándose en un autorregistro (Anexo B). Se dedica tiempo en sesión para resolver dudas y dificultades y para reestructurar pensamientos que el cliente no sabe como reestructurar solo.

La terapeuta también reestructura el cliente en varias ocasiones en sesión cuando tiene pensamientos irracionales. Cuando tiene pensamientos recurrentes, aunque se ha reestructurado, se le pauta que no dedica tiempo para estructurarse, sino que acude a la conclusión que se ha sacado anteriormente, y que se lo repite. Se le ha explicado que al inicio es normal no siempre creer en las conclusiones, pero que con su repetición debe generar mas tranquilidad con el tiempo. Al valorar la realización de la técnica, se identifica que el cliente dedica mucho tiempo para reestructurarse y con los pensamientos irracionales, y entonces le pauta que dedica un momento durante el día para la reestructuración con una duración de 15 minutos, que llaman “tiempo de basura”. Si vienen pensamientos irracionales a lo largo del día, puede utilizar la técnica de parada de pensamientos, y dedicar tiempo para reestructurarse en este momento programado. Se le recomienda que el horario sea diferente cada día para que no condicione una hora específica a los pensamientos irracionales.

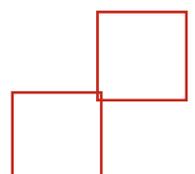
En las sesiones, el moldeamiento verbal ha sido utilizado frecuentemente. Se ha reforzado acercamientos a conductas deseables, especialmente las verbalizaciones como “igual hay resultados”, “supongo que hay mucho cambio desde que empecé aquí” y “la sintomatología es menos frecuente por resultado de la terapia”. También se le refuerza verbalizaciones sobre sus propias conductas fuera de sesión como “mi corazón iba muy rápido, pero si este ejercicio me cuesta, entonces es normal que me siento así”.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Se le introduce la técnica parada de pensamientos para que lo puede utilizar después de la reestructuración cognitiva o en situaciones en donde no puede reestructurarse. Se le muestra ejemplos de su realización en sesión, y se busca una palabra clave y distractores potentes que G puede utilizar. Se le recomienda utilizar los pensamientos como distractores, explicándole que es incompatible tener dos pensamientos a la vez, y que, si utiliza otras conductas, como por ejemplo tocar la guitarra, no necesariamente es incompatible si lo tiene automatizado. G tenía algunas dificultades con la técnica, y entonces se le ha dedicado tiempo en sesiones para moldear la realización. Para motivarle se le ha explicado cómo y porque funciona, y se le ha propuesto distracciones que puede utilizar, cómo contar árboles, describir su alrededor, hacer cálculos en la cabeza, hacer palabras con letras de las matriculas de los coches, etc. Cuando G siguió las pautas nuevas, percibía que la técnica le funcionó mejor.

Para retomar deportes y planes sociales con implicación físico, se ha utilizado la exposición gradual con prevención de respuesta. En sesión 4 se establece una jerarquía con actividades que le genera malestar para empezar a exponerse gradualmente a ellos, empezando con las actividades que le genera menos malestar hasta las actividades que le genera mas malestar. Se le pauta que utiliza las técnicas de respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y parada de pensamiento para mantenerse en las exposiciones y no tener conductas de escape y/o evitación. Semanalmente se hace un plan para la realización de las exposiciones con días específicas, pero se le motiva a que haga mas exposiciones para tener cambios mas rápido. Se le dan instrucciones de que el tiempo de la exposición no es importante porque debe exponerse hasta que bajan los niveles de ansiedad, utilizando la explicación de la curva de ansiedad, mostrándole que pasa si salga antes y que pasa si se queda en la exposición. Se le pauta que solamente hace las exposiciones cuando tiene mucho tiempo, para no tener que dejar la exposición por otros motivos. Con el tiempo, hacer las exposiciones tenía menos coste de respuesta para el cliente, y entonces se le pautó que él solo podía elegir cuando hacerlo exposiciones, y cuales actividades quería elegir, siempre que estaban dentro de un rango en la jerarquía.

Muy acorde con la exposición, la técnica de activación conductual ha sido incorporado para gradualmente volver a hacer actividades gratificantes que había empezado a evitar.

Para asegurarse el mantenimiento de los cambios, se ha iniciado un periodo de seguimiento. Se le ha avisado al cliente que, por su avance en terapia, la consecución de objetivos y su manejo de las técnicas, no hace falta seguir teniendo sesiones semanalmente. Se considera que el cliente puede manejar el problema de manera más autónoma porque esta adquiriendo más independencia en la realización de las tareas. Se le motiva a seguir haciendo las exposiciones y utilizar las técnicas tantas en las situaciones en que han trabajado durante la intervención, como en nuevas situaciones que le genera malestar. El objetivo con el seguimiento es observar que se mantienen los avances y que el cliente es capaz de seguir la intervención de manera independiente. Primero se espacian las sesiones quincenalmente, y luego se van a espaciar más según el progreso del cliente hasta el alta de la terapia. Las pautas que ha tenido las últimas sesiones se mantienen, pero se retiran los autorregistros. Para ver el cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento, se puede revisar la Tabla 4.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

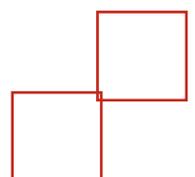


Tabla 4 Cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento

Cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento con información general sobre los objetivos, las técnicas y las tareas mandadas

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1	Conocer el motivo de consulta y el cliente. Explicar el proceso de la terapia psicológica y el marco teórico.	Entrevista clínica Psicoeducación (PE): terapia psicológica; curva de ansiedad Técnicas explicadas: Respiración diafragmática (RD)	Autorregistro (AR) de malestar Historia biográfica Practicar RD (5 minutos diaria cuando esta tranquilo y en entorno controlado, sin distracciones) con AR Leer artículo: Fisiología y psicología del miedo y ansiedad (Craske y Barlow, 1993)
2	Revisión de tareas y ARs. Seguir evaluación: obtener datos para completar el análisis funcional (AF). Evaluar la ejecución de la respiración diafragmática y resolver dudas/dificultades.	Entrevista clínica PE: activación del sistema simpático y el parasimpático, incubación, mareos, pensamientos irracionales, ansiedad (activación fisiológica) Practicar RD en sesión: modelado y observación	AR de malestar Historia biográfica Seguir practicando RD, aumentando dificultad (en movimiento/actividades automatizadas) con AR
3	Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas/dificultades. Comprensión de su propia conducta/problemática. Establecer objetivos. Introducir técnicas: Reestructuración cognitiva (RC), exposición con prevención de respuesta (EPR).	PE sobre el AF, principios de aprendizaje y la curva de la ansiedad Explicación del AF específico del caso Técnica RC y entrenamiento en cómo identificar pensamientos irracionales. Explicación de la técnica EPR.	Resumen de explicación de la técnica RC Practicar RC con AR Seguir practicando RD a diaria: quieto, en movimiento y tras reestructuración cognitiva Resumen de la explicación del AF
4	Evaluar comprensión del AF y RC Evaluar la ejecución de las tareas y resolver dudas/dificultades	Explicación de la técnica PP Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo	Seguir practicando RD: quieto, en movimiento y tras RC, diario. Solo AR si tiene dificultad o si no le funciona en algunas situaciones. Seguir con RC y AR. Apoyarse con RD y PP.

	<p>Introducir técnica: Parada de pensamientos (PP)</p> <p>Establecer jerarquía de situaciones de malestar para EPR</p> <p>Evaluar si el cliente considera que hace falta una prueba médica</p>	<p>PE para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)</p> <p>Se le recomienda el libro “¿Nos estamos volviendo locos?” de David Pulido.</p>	<p>Implementar PP tras RC</p> <p>Pedir cita médica: Esfuerzo máximo</p> <p>EPR: dar paseos dos veces durante la semana, apoyándose en RC, PP y RD, y AR.</p> <p>Intenta no hacer comprobaciones apoyándose en las demás técnicas</p> <p>Intentar a tomar preocupaciones con cierto nivel de humor (condicionar sintomatología)</p>
5	<p>Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas</p> <p>Motivar cliente para realizar las tareas</p>	<p>Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo</p> <p>PE para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)</p>	<p>RD: quieto, en movimiento, en situaciones de ansiedad, tras RC, cuando tiene ganas de comprobar. AR si tiene dudas.</p> <p>Seguir con RC, AR solo si tiene dudas.</p> <p>Intenta no hacer comprobaciones apoyándose en las demás técnicas</p> <p>EPR: seguir con dos paseos, aumentando la marcha (hasta que baja la curva de ansiedad, no escapar) con AR</p> <p>PP: Practicarlo en situaciones neutros para potenciar palabra clave y encontrar buenos distractores</p> <p>Intentar a tomar preocupaciones con cierto nivel de humor (condicionar sintomatología)</p>
6	<p>Seguir con el mismo objetivo que la última sesión</p>	<p>Seguir en la misma línea que la última sesión.</p>	<p>RC, solo AR si tiene dificultad</p> <p>PP: Seguir pautas de la última sesión</p> <p>Intentar a tomar preocupaciones con cierto nivel de humor (condicionar sintomatología)</p> <p>EPR: Paseo con marcha rápido, hacer ejercicios de fuerza en casa (sentadillas, flexiones, pesas). Apoyándose en las otras técnicas. Duración: hasta que se baja la ansiedad. AR.</p> <p>No hacer comprobaciones, apoyándose en RC, PP y RD</p> <p>RD en situaciones de ansiedad</p>
7	<p>Seguir con el mismo objetivo que la última sesión</p>	<p>Seguir en la misma línea que la última sesión.</p>	<p>EPR: paseo (marcha) y AR.</p> <p>Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas</p> <p>RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión</p>
8	<p>Seguir con el mismo objetivo que la última sesión</p>	<p>Seguir en la misma línea que la última sesión.</p>	<p>EPR al menos tres días, más si puede: paseo (marcha), hacer ejercicio solo (dos veces), AR</p>

	Evaluar expectativas en relación con cambios	Muestra de cambios: comprobaciones ahora y antes, niveles de ansiedades ante ciertas situaciones ahora y antes, etc.	Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
9	Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas Motivar cliente para realizar las tareas	Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo. Psicoeducación para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas).	EPR semana 1: hacer fuerza 3 días, AR EPR semana 2: correr, AR Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
10	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión Evaluar cómo ha sido prueba de fuerza máxima	Seguir en la misma línea que la última sesión. Se le pide resultados de prueba de fuerza máxima	EPR: 1 día de baloncesto, 2 días ejercicios de fuerza, 1 día correr, AR Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
11	Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas Motivar cliente para realizar las tareas	Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo PE para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)	EPR: 1 día baloncesto, 2 días correr, un día de fuerza, AR Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
12	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión.	Seguir en la misma línea que la última sesión.	EPR: 2 días correr, 1 día fuerza, 1 día baloncesto acompañado, AR Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
13	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión.	Seguir en la misma línea que la última sesión. PE: desahogo llorar	EPR: 2-3 veces si puede (va de viaje), AR. Apoyarse en RD antes de empezar. Seguir no hacer comprobaciones apoyándose en las otras técnicas RC: dedicar tiempo diario para pensamientos irracionales y RC (duración 10-15 minutos), que no sea la misma hora cada día (“tiempo basura”) PP: búsqueda de distractores demandantes y más potentes. RD seguir pautas de la última sesión.
14	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión.	Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo Psicoeducación para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)	EPR: Al menos tres exposiciones. Uno de ellos es correr, los otros dos puede elegir entre fútbol, pádel, baloncesto. AR. RC: tiempo dedicado (10-15 minutos). Grabar reestructuración y si el pensamiento es muy recurrente, escuchar la grabación. PP: Después de RC

15	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión.	Seguir en la misma línea que la última sesión.	EPR: Al menos tres exposiciones, elección libre entre: fuerza, correr, pádel, ver "películas de susto". AR: RC, PP: seguir pautas de la última sesión
16	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión. Evaluar avance en terapia.	Seguir en la misma línea que la última sesión. Evaluar percepción de avance del cliente.	EPR: Libre elección de jugar baloncesto y/o pádel. Fijo: correr en intervalos y tomar café antes de hacer ejercicio de fuerza. AR. RC, PP: seguir pautas de la última sesión
17	Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas. Motivar cliente para realizar las tareas.	Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo Psicoeducación para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)	EPR: No hay por motivo personal del cliente. RC, PP: seguir pautas de la última sesión
18	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión. Evaluar avance en terapia.	Seguir en la misma línea que la última sesión. Evaluar malestar percibido ante actividades de malestar.	EPR: En casa por motivo personal del cliente. AR. RC, PP: seguir pautas de la última sesión Volver a utilizar RD antes de realizar las exposiciones para empezar con un nivel de activación más bajo.
19	Evaluar la ejecución de tareas y resolver dudas Motivar cliente para realizar las tareas	Revisión de tareas anteriores, moldeado, refuerzo/ castigo Psicoeducación para motivar el cliente a realizar tareas (funcionamiento de tareas)	EPR: Al menos tres exposiciones, elección libre entre: fuerza, correr, pádel. AR. RC, PP, RD: seguir pautas de la última sesión
20	Seguir con el mismo objetivo que la última sesión. Evaluar avance en terapia. Empezar seguimiento.	Seguir en la misma línea que la última sesión. Evaluar percepción de consecución de objetivos. Se le explica la importancia del seguimiento para ver que se mantiene los cambios.	Mantener EPR, RC programada, PP, no hacer comprobaciones, RD. Se retiran los AR.

**Nota.* Respiración diafragmática = RD, Reestructuración cognitiva = RC, Parada de pensamientos = PP, Análisis funcional = AF, Exposición con prevención de respuesta = EPR, Autorregistros = AR, Psicoeducación = PE

6. Valoración del tratamiento

Varias estrategias se han utilizado para valorar la eficacia de la intervención. Se ha medido la consecución de los objetivos terapéuticos, se ha comparado la dificultad percibida en distintas actividades en distintos puntos de la terapia. Se ha comparado la frecuencia e intensidad de conductas problemáticas y deseables al iniciar la terapia, durante y al final del tratamiento, observando y comparando verbalizaciones que el cliente emite en relación con su conducta, y la ocurrencia de pensamientos desajustados fuera de sesión.

En la sesión 20, se le pide que G valora la consecución de los objetivos en una escala de 0 a 10 donde 0 significa que no lo considera conseguido y 10 significa que considera el objetivo totalmente resuelto. La Tabla 5 muestra las puntuaciones que el cliente ha puesto. En adición a completar la tabla, el cliente se muestra muy contento con el avance de la terapia y los cambios que experimenta.

Tabla 5 Consecución de objetivos percibido por el cliente en sesión 18

Consecución de objetivos percibido por el cliente en sesión 18

Objetivos	Consecución percibida
Disminuir comprobaciones (buscar en internet, buscar consuelo en amigos, ir al médico, tocarse el pecho, etc.)	9
Disminuir autoobservaciones (“ej. escuchar” su corazón)	7-8
Disminuir rumiación (reflexión de muerte, pensamientos irracionales)	6-7
Retomar y poder disfrutar deportes y actividades con esfuerzo físico	9
Retomar y poder disfrutar actividades gratificantes	8-9
Bajar la ansiedad (nivel basal de activación fisiológica)	7-8

**Nota.* La consecución percibida se mide en una escala de 0-10 donde 0 = nada conseguido, y 10 = Objetivo completamente resuelto.

En la sesión 4, la psicóloga y el cliente establecieron una jerarquía con la intención de utilizarlo como punto de referencia para la planificación de las exposiciones. Para medir que las exposiciones han sido eficaces, y ver si el malestar anticipado ante las actividades ha bajado, se le vuelve a pedir que G enumera el malestar que considera ante cada actividad en sesión 18, en una escala de 0-10 como se puede observar en la Tabla 6.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

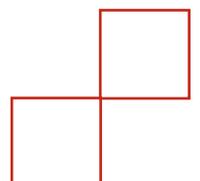


Tabla 6 Comparación de malestar percibido ante diferentes actividades
Comparación de malestar percibido ante diferentes actividades en sesión 4 y en sesión 14

Actividad	Malestar sesión 4	Malestar sesión 18
Quedarse con amigos sin una cerveza	3	3
Paseo acompañado	5	1
Paseo solo (anticipando que va a pensar mucho en problemática)	6	3
Baloncesto solo, o tirar con algún amigo	7	5-6
Hacer un plan que implica esfuerzo físico (depende del plan)	7-9	4,5-5,5
Hacer pesas	8	5
Hacer ruta de montaña	8-9	2-6
Pádel/baloncesto (partido)	8-9	7
Fútbol	10	8

Nota. Esta jerarquía demuestra el nivel de malestar el cliente anticipa ante las situaciones en una escala de 0-10 donde 0 es ausencia de malestar y 10 es el nivel más alto de malestar.

En las primeras sesiones, G tenía muchas preocupaciones sobre su propia salud, algo que era evidente por las verbalizaciones que emitía en la fase inicial de la terapia. Estas verbalizaciones solían ser relacionado a miedo de tener un ataque de corazón, por ejemplo “¿estoy teniendo un ataque de corazón?”, “¿me voy a morir?” o “si algo esta mal con mi corazón, debo llamar al médico”. Contaba en sesión que cuando notaba alguna sensación orgánica, sus pensamientos tenía el mismo contenido, y le llevaban a hacer comprobaciones.

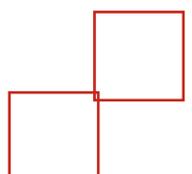
Cuando empezó a hacer exposiciones, evitaba algunos de ellos porque sus pensamientos eran muy anticipatorios de lo que podría sentir al realizarlos, especialmente si estaba cansado o con resaca. Sin embargo, con las estrategias utilizadas para motivarle, empezó a ser más consistente con las exposiciones, y empezó a notar cambios. Paralelamente a que disminuyeron las verbalizaciones negativas, aumentaron las verbalizaciones con contenido mas ajustada a la realidad, como, por ejemplo: “es normal que tengo palpitations si estoy haciendo ejercicio”, “es normal que me siento cansado si he estado de fiesta la noche

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



anterior” y “quizás me mareo porque tengo sueño, o porque estaba bebiendo ayer, o por el calor”. Además, contaba que casi no hacía comprobaciones, pero que alguna vez lo hacía sin darse cuenta. Sin embargo, cuando notaba que estaba haciendo comprobaciones utilizaba su palabra clave que practicó con la técnica parada de pensamientos, se daba una autoinstrucción y se distrajo con uno de los distractores que había practicado.

G contó que todavía experimentaba sintomatología, pero que tras haberse expuesto muchas veces, ya no lo experimenta como algo peligroso o algo que le genera miedo, sino que son molestias (sesión 11), mientras antes lo asociaba directamente con ataque de corazón o muerte. En sesión 13 comenta que ahora disfruta los deportes, y que ya no notaba tanto la sintomatología, pero que los pensamientos todavía “dispararon” y que esto le generaba todavía ansiedad. Al planear las exposiciones, G empezó a pedir un aumento de dificultad por propia iniciativa, algo que es un cambio muy grande en comparación a las primeras veces cuando evitaba hacerlas. En las últimas sesiones, dijo varias veces que había hecho más exposiciones de lo que habían planeado. Se muestra muy contento con las exposiciones y en los registros escribe que se olvida completamente de los miedos y que se ha dado cuenta de que “el cuerpo se acostumbra y se pasa la sintomatología si sigo, y así disfruto más”.

Han sido algunas situaciones donde el entorno ha dificultado la adherencia al tratamiento, como por ejemplo entre sesión 14 y 15 un familiar se le había dicho que hay más probabilidad de ahogarse al comer que morir de un ataque de corazón, algo que generó preocupaciones durante unos días, pero utilizó las técnicas que había aprendido, y cuando llegó a la sesión había llegado a la conclusión de que no debería preocuparse de esto, y lo había logrado dejarlo. Entre la sesión 15 y 16, dos familiares de amigos cercanos habían fallecido, algo que le generaba mucho malestar, pero seguía con las exposiciones. Durante una de las exposiciones, vi a una persona tirada en el suelo y G pensaba que había tenido un ataque de corazón, pero seguía con la exposición y luego se enteró de que el accidente había sido por el tráfico. Unos momentos después de haber visto la persona en el suelo, su amigo le comentaba que le dolía el pecho, y otra vez pensaba que quizás él estaba teniendo un ataque de corazón. Sin embargo, otra vez seguía con la exposición, y supo manejar los pensamientos que le generaba tanto malestar, y no desarrolló a ser una problemática para él (no se preocupaba durante mucho tiempo, ni hacía comprobaciones).

En sesión 18 comenta que ha dado positivo de COVID y había escuchado que algunas personas tenían problemas con el corazón después de tener COVID, algo que le generaba más miedo al hacer las comprobaciones. Sin embargo, realizó varias exposiciones esta semana, pero los hacía en casa porque estaba en cuarentena. Además, dice que ya no hace comprobaciones.

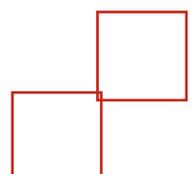
En la sesión 19, G comenta que su nivel de malestar antes de hacer las exposiciones había aumentado algo, pero que igual ha hecho todas las exposiciones y que se ha sentido bien durante y después de completarlas. Un día sentía un nuevo síntoma en la zona del pecho que no había sentido antes y que dolía mucho. Intentaba utilizar las técnicas que ha aprendido, pero el dolor no se pasó. Después de un tiempo decidió acudir a las urgencias, pero dice que iba de manera más tranquilo y no en pánico. Hizo una comparación de como era antes y dijo “si eso fue hace tres meses, me había entrado en un estado de pánico”. Los médicos descartaron problemas cardíacos o relacionado con los pulmones, e hipotetizaron que la causa del dolor probablemente era algo musculo esquelético. G vino a la sesión preocupado por si

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



había hecho una comprobación y preguntaba cómo debería diferenciar su sintomatología de un peligro real. Se le mostro que normalmente su sintomatología desaparece con el tiempo cuando utiliza las técnicas que ha aprendido en sesión, y que, si esta vez había hecho todo lo mismo, pero que no disminuía, puede ser que fuese adecuado irse a las urgencias. Además, se le explicó que una consecuencia de estar ansioso podría ser dolores en el pecho si tensa los músculos y se le recomendaba irse a una fisioterapeuta.

Frente a los pensamientos irracionales, ha sido una disminución importante que se puede valorar en distintos momentos a lo largo de la terapia. Unas semanas después de haber establecido el “tiempo de basura”, G empezó a olvidar este tiempo, algo que se considera muy positivo, porque significa que no lo necesita tanto como antes. En sesiones, si tiene una verbalización desajustada, se reestructura de manera espontánea antes de que la psicóloga llega a hacerlo.

No hay evaluación pre/post en este caso en forma de cuestionarios estandarizados, pero se considera que los cambios del cliente, su propia perspectiva de consecución de objetivos y la disminución de malestar percibido ante ciertas actividades es suficiente para valorar la eficiencia del tratamiento.

Han sido algunos retrocesos en el avance, como mencionado anteriormente en algunas de las sesiones, pero esto se considera normal porque el proceso de terapia en pocas ocasiones es lineal. Siempre pueden ocurrir estímulos externos fuera de nuestro control, como por ejemplo accidentes, noticias, conductas de otras personas, etc., que puede discriminar ciertos pensamientos rumiativos, pero lo más importante es que esto no llega a tener una recaída completa y que el cliente maneja estas situaciones con tranquilidad y que no se prolongan en el tiempo.

El cliente ha sido muy adherente al tratamiento. Ya en la primera sesión dice quiere ser “transparente”, refiriendo a que no quiere retener información que puede ser relevante para la terapia, tanto en la fase de evaluación como en la ejecución de tareas. G ha tenido un gran compromiso durante la terapia y su grado de implicación ha sido reflejado tanto en los autorregistros, en la realización de tareas como en las sesiones. Su motivación también ha sido evidente por su toma de iniciativa en relación con las exposiciones y por la petición de aumento de dificultad cuando se ha sentido preparado, aunque era algo que le generaba mucho malestar. Aunque G estaba muy motivado para hacer cambios al acudir a la primera sesión, parece que la alianza terapéutica tan buena que han tenido ha sido un potente factor motivadora. Después de las primeras sesiones, el cliente tiene una confianza muy fuerte hacia la psicóloga y sigue todas sus pautas. Se infiere que la confianza ha sido tan fuerte debido a las explicaciones que la psicóloga ha dado ante cualquier técnica y su explicación detallada del análisis funcional. Hasta en momentos donde G ha tenido dudas sobre una de las técnicas (la parada de pensamientos), seguía intentando, aunque tenía un coste de respuesta muy alta, hasta que llegó a manejar la técnica bien en sesión 11.

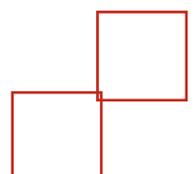
El propio interés que G tiene por psicología, y específicamente por el análisis de conducta, también ha sido un variable que probablemente ha facilitado la comprensión del análisis funcional y la dedicación a la terapia.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



7. Discusión y conclusiones

Al llegar a terapia, G estaba muy motivado para trabajar sus dificultades y tenía expectativas altas por haber encontrado una clínica que se basaba en el análisis funcional, como sus experiencias previas con otras orientaciones habían sido decepcionante. Tras haber explicado el análisis funcional a G, se mostró muy contento y consideró que era muy correcto y preciso la explicación. A continuación, se aclararon los objetivos terapéuticos y el cliente estaba motivado para dedicar esfuerzo para alcanzarlos. Después de las evaluaciones en cada sesión y revisiones de los autorregistros que el cliente rellenaba entre sesiones, era evidente que varios de los objetivos se estaban resolviendo.

El cliente había dejado de hacer comprobaciones y autoobservaciones en la mayoría de las situaciones en las que solía hacerlo. En algunas ocasiones seguía haciendo comprobaciones, pero supo identificarlo y pararlo rápidamente con las técnicas aprendidas en la terapia. Seguía rumiando en varias ocasiones, pero al tener pensamientos irracionales, supo reestructurarles y entonces tener una respuesta emocional mas ajustada a la situación, algo que también le ayudó a realizar menos comprobaciones. En varios de los autorregistros relacionados con las exposiciones de deportes, emitió verbalizaciones indicando que había vuelto a disfrutar deportes, por ejemplo: “Jugué fútbol y fue guay. Me olvidé completamente de mis miedos” y “lo disfruté mucho” después de haber corrido durante 40-50 minutos en un terreno montañoso.

En varias ocasiones, G comentó en las sesiones que había hecho planes con amigos, dando paseos e ir en bicicleta, casi sin haber pensado en esto como algo importante. Estos ejemplos evidencia que ha vuelto a hacer y disfrutar actividades con amigos que antes le generaba mucho malestar. También ha escrito en un autorregistro que no nota la sintomatología, o la activación fisiológica, mientras esta haciendo ejercicio, y que si lo nota (por el hecho de estar en actividad), no lo considera como un peligro, sino como una reacción corporal ajustada a la situación en que se encuentra.

Aunque el cliente ha expresado su satisfacción con sus logros, y los datos obtenidos por observación en sesión y autorregistros mostraban que los objetivos se estaban resolviendo, se le pidió que él mismo valoraba la consecución de los objetivos en la sesión 18, en cual se mostró muy contento. La consecución de los objetivos también confirmó que las hipótesis del origen y mantenimiento de las conductas problemas han sido correctos, como estaban establecidas en base de ellos.

A parte de la intervención individualizada en base del análisis funcional, la consecución de los objetivos se ha visto facilitado por el propio interés y motivación del cliente, y la buena alianza terapéutica que se estableció entre el cliente y la psicóloga. Las habilidades de la psicóloga y su capacidad para captar las necesidades del cliente ha sido clave para mantener su interés por el proceso terapéutico y su motivación. Haber estado abierta sobre el proceso terapéutico y disponible para responder preguntas y/o dudas también ha generado una confianza que ha sido ventajoso para alcanzar los objetivos.

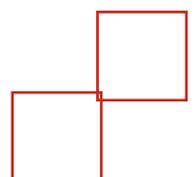
La intervención basada en el análisis funcional es flexible y ajustada a las necesidades del cliente (Dixon et al., 2012; Froxán, 2020; Hanley et al., 2003; Iwata y Dozier, 2008; Kaholokula et al., 2013; Kanfer y Saslow, 1965; Lincoln et al., 2017), y esto se ha mostrado en este caso clínico. Esta intervención en concreto no pretende demostrar un programa fija que puede aplicarse a todo el mundo, sino a una persona concreta.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Al plantear los objetivos, el cliente ha tenido la posibilidad de cambiarlos, añadir y quitarlos, y se le ha informado de que los objetivos siempre son modificables si lo considera preciso.

El tratamiento basado en el análisis funcional ha recibido críticas por no siempre ser correcto. Es importante saber que, como una estrategia basada en la evidencia, siempre cabe la posibilidad de llevar errores. Entonces hay que entender que el análisis funcional es una hipótesis, y que hay que probarla para demostrar su validez. Al plantear un plan de tratamiento según objetivos operativizados, se pone en prueba la hipótesis, y si no obtiene los resultados deseados, hay que volver a mirar el análisis funcional para buscar errores o ver si falta alguna información importante, para ponerla en prueba de nuevo, como en el modelo científico (Iwata y Dozier, 2008; Kaholokula et al., 2013). En el caso presentado, todos los objetivos se han ido resolviendo, y entonces confirme las hipótesis del análisis funcional. Además, ha recibido críticas para no valorar ciertos aspectos importantes, como unos fenómenos psicológicos, y entonces siento una estrategia reduccionista. Froxán (2020) defiende el análisis funcional afirmando que los críticos no entienden todo el significado de la conducta y, por lo tanto, no ven que estos “fenómenos” de hecho están incluidos.

En comparación con tratamientos farmacológicos, el tratamiento basado en el análisis funcional se muestra más económico porque no se prolonga tanto en el tiempo y tiene un plan con prevención de recaídas. Es habitual en varios tratamientos para la ansiedad por la salud citar visitas periódicas de atención primaria (Barsky, 2001), pero con un tratamiento orientada en disminuir pensamientos irracionales y necesidad de hacer comprobaciones de este tipo, estas citas no serán necesarias y entonces podría disminuir un coste significativo y una saturación en el sistema sanitario.

Como el tratamiento conductual ha sido validado empíricamente en el pasado, el tratamiento caminado en esta dirección debe seguir siendo ampliado e investigado en vez de buscar nuevas orientaciones, según Eifert (1992). También ha mostrado que tiene un efecto a largo-plazo en un tratamiento de relativamente corto-plazo (Eifert, 1992). Seguir ampliando investigaciones en esta línea, podría llegar a disminuir aún más el tiempo de intervención, pero dependerá a cada caso específico y su análisis funcional. El caso clínico presentado es un ejemplo de la eficaz en la intervención basada en el análisis funciona.

Una de las dificultades principales en el tratamiento exitoso en clientes con ansiedad por la salud es hacerles ver que su problema no es fisiológico (Abramowitz y Braddock, 2006) y que se queden satisfechos con las explicaciones dadas (Fuster et al., 2019). La psicóloga dedicó una sesión entera para asegurarse la comprensión del cliente, repitiendo que él le podría cortar en cualquier momento para resolver dudas y facilitar su comprensión. La sesión era dinámica y el cliente participó.

El caso presentado es un ejemplo que muestra la posibilidad de disminuir conductas problemas comunes en ansiedad por la salud sin tener que utilizar intervención farmacológica, y los efectos secundarios que se puede experimentar al tomarlos.

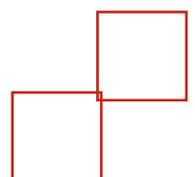
Una limitación en el trabajo es la falta de evaluación pre y post en forma de cuestionarios psicométricos confiables. Este tipo de evaluación podría fortalecer la validez del artículo. Sin embargo, se considera que la valoración del tratamiento exitoso es justa para dar de alta la terapia, y empezar el seguimiento.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Los costos del tratamiento psicológico es lamentablemente algo que es un privilegio para las personas que tienen un cierto nivel económico, especialmente en clínicas privadas. Pocas veces se observa tal atención y dedicación en la atención de la salud pública debido a los mayores costos y consumo de tiempo. Aunque el costo y consumo de tiempo de un tratamiento psicológico es menor a largo plazo, requiere muchos recursos en un tiempo más corto. Se considera una limitación del tratamiento que hoy en día no puede ser disponible para cualquier persona.

Una limitación de la terapia basada en el análisis funcional es que requiere terapeutas altamente entrenadas (Iwata y Dozier, 2008; Froxán, 2020).

Con mayor dedicación a demostrar la eficacia y beneficios a largo plazo con un tratamiento basada en el análisis funcional, puede contribuir a demostrar la utilidad. Tal vez puede orientar a la sanidad pública a considerarlo como una práctica habitual en el futuro, para que pueda llegar a una población mas grande y en diferentes situaciones económicas. También puede motivar a psicólogos y centros educativos a profundizar sus conocimientos y formación en el uso del análisis funcional como una herramienta clínica.

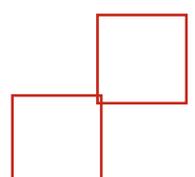
El caso presentado ha demostrado una intervención eficaz y ajustado al cliente. El tratamiento considera la prevención de posibles recaídas por haberle enseñado técnicas que puede utilizar en varios ámbitos y contextos, incluso en situaciones donde pueden aparecer estímulos del entorno incontrolables. Uno de los principales beneficios de la intervención basada en el análisis funcional es que considera las diferencias individualizadas que pueden tener las personas dentro de una misma categorización que se puede encontrar en los manuales de diagnóstico. Los objetivos planteados en la tercera sesión, se considera suficientemente resueltos para empezar el seguimiento de la terapia en la sesión 20. El cliente se muestra muy contento.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



8. Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. J. y Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 503-519. <https://doi.org/bmvnrj>
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Sherry, S. B. y Stewart, S. H. (2014). Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 18-29. <https://doi.org/f8cbmv>
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M. y Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 915-924. <https://doi.org/gh9jnw>
- Axelsson, E. y Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(6), 663-676. <https://doi.org/gh9fng>
- Bandelow, B. y Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/gish8x>
- Barsky, A. J. (2001). The patient with hypochondriasis. *New England Journal of Medicine*, 345(19), 1395-1399. <https://doi.org/bvmvwh>
- Barsky, A. J. y Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. *JAMA*, 291(12), 1464-1470. <https://doi.org/c28bns>
- Berge, L. I., Skogen, J. C., Sulo, G., Igländ, J., Wilhelmsen, I., Vollset, S. E., Tell, G. S. y Kudsen, A. K. (2016). Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. *British Medical Journal*, 6(11), e012914. <https://doi.org/gcmhn9>
- Chappell, A. S. (2018). Toward a lifestyle medicine approach to illness anxiety disorder (formerly hypochondriasis). *American Journal of Lifestyle Medicine*. <https://doi.org/hhxc>
- Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S. y Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 110-123. <https://doi.org/f9zrc4>
- Craske, M. G. y Barlow, O. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En O. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2.1. ed., pp. 1-47). Guilford.
- Dixon, D. R., Vogel, T. y Tarbox, J. (2012). A Brief History of Functional Analysis and Applied Behavior Analysis. En J. Matson (Ed.), *Functional Assessment for Challenging Behaviors. Autism and Child Psychopathology Series*. Springer. <https://doi.org/hh52>
- Eifert, G. H. (1992). Cardiophobia: a paradigmatic behavioural model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain. *Behaviour Research and Therapy*, 30(4), 329-345. <https://doi.org/fwfxff>

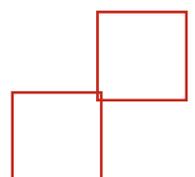
Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

universidadeuropea.com



- Fallon, B. A., Ahern, D. K., Pavlicova, M., Slavov, I., Skritskaya, N. y Barsky, A. J. (2017). A randomized controlled trial of medication and cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*, 174(8), 756-764. <https://doi.org/gbrtc4>
- Fallon, B. A., Petkova, E., Skritskaya, N., Sanchez-Lacay, A., Schneier, F., Vermes, D., Cheng, J. y Liebowitz, M. R. (2008). A double-masked, placebo-controlled study of fluoxetine for hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(6), 638-645. <https://doi.org/csyz9q>
- French, J. H. y Hameed, S. (2020). *Illness anxiety disorder*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554399/>
- Froxán, M. X. P. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Furer, P. y Walker, J. R. (2005). Treatment of hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 251-267. <https://doi.org/c9tr6d>
- Fuster, A. B., Santiago, J. L. y Sampedro, S. A. (2019). *Hipocondría: La Ansiedad por la Salud*. Editorial Síntesis.
- Ginzburg, K., Tsur, N., Barak-Nahum, A. y Defrin, R. (2013). Body awareness: differentiating between sensitivity to and monitoring of bodily signals. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 564-575. <https://doi.org/ghzmb2>
- Greeven, A., van Balkom, A. J. L. M., Visser, S., Merkelbach, J. W., van Rood, Y. R., van Dyck, R., van der Does, A. J. W., Zitman, F. G. y Spinhoven, P. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 91-99. <https://doi.org/gd6fgt>
- Hanley, G. P., Iwata, B. A. y McCord, B. E. (2003). Funtional analysis of problema behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147-185. <https://doi.org/c4gwcc>
- Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M. y Ljótsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(5), 407-413. <https://doi.org/f3tc85>
- Hedman, E., Axelsson, E., Görling, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., el Alaoui, A., Andersson, E., Lekander, M. y Ljótsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 307-314. <https://doi.org/f2z8j8>
- Higgins-Chen, A. T., Abdallah, S. B., Dwyer, J. B., Kaye, A. P., Angarita, G. A. y Bloch, M. H. (2019). Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. *Frontiers in Psychiatry*, 10(150), 1-6. <https://doi.org/ggw8qn>
- Iwata, B. A. y Dozier, C. L. (2008). Clinical application of functional analysis methodology. *Behavior Analysis in Practice* 1, 3-9. <https://doi.org/f8b6>

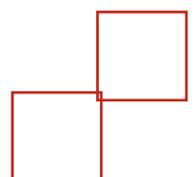
Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

universidadeuropea.com



- Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I. Y Hemmingsson, T. (2010). Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 31-37. <https://doi.org/bvxh7v>
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://doi.org/f3g74w>
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12(6), 529-538. <https://doi.org/bn36mk>
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Trudel, G., Laflamme, S., Z., Lavigne, A.-A. y Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS ONE*, 15(7), e0234124. <https://doi.org/ghbf8n>
- Lincoln, T. M., Riehle, M., Pillny, M., Helbig-Lang, S., Fladung, A., Hartmann-Riemer, M. y Kaiser, S. (2017). Using functional analysis as a framework to guide individualized treatment for negative symptoms. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/gcp9cn>
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. K., Wong, S. K. y Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 31-37. <https://doi.org/gbz4h4>
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, B. Y., Davis, M. L., Smits, J. A. J. y Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65-74. <https://doi.org/f6bckt>
- Pascual-Vera, B. y Belloch, A. (2017). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 43-51. <https://doi.org/gcvqvx>
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P. y Denollet, J. (2010). *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. <https://doi.org/dssgn4>
- Scarella, T. M., Boland, R. J. y Barsky, A. J. (2019). Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 81(5), 398-407. <https://doi.org/gj6pd9>
- Schwind, J., Neng, J. M. B. y Weck, F. (2016). Changes in free symptom attributions in hypochondriasis after cognitive therapy and exposure therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(5), 601-614. <https://doi.org/f82cbk>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *British Journal of Psychiatry*, 202(1). 7-8. <https://doi.org/gd4wpr>

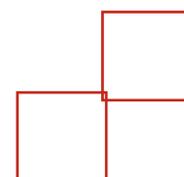
Campus Villaviciosa de Odón

Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

universidadeuropea.com



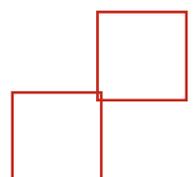
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 112-123. <https://doi.org/b7xv2m>
- Tyrer, P. (2018). Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20(49). <https://doi.org/gdsjhm>
- Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D. y Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 566-569. <https://doi.org/hhw2>
- Tyrer, P., Eilenberg, T., Fink, P., Hedman, E. y Tyrer, H. (2016). Health anxiety: the silent, disabling epidemic. *The British Medical Journal*, 25(353), i2250. <https://doi.org/f3vjsc>
- Tyrer, P. y Tyrer, H. (2018). Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Advances*, 24(1), 66-72. <https://doi.org/gd55gg>
- Warwich, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M. y Salkovski, P. M. (2018). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 189-195. <https://doi.org/dfgzqj>
- Williams, M. J., McManus, F., Muse, K. y Williams, J. M. G. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): an interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 379-397. <https://doi.org/b947q3>

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



ANEXOS

ANEXO A

Historia biográfica

HISTORIA BIOGRÁFICA

No Exp: _____ Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**? (Descríbelos)

- Momentos del día
- Personas
- Lugares
- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**? (Descríbelos)

- Momentos del día
- Personas
- Lugares
- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

SÍ (especifique cuál):

NO

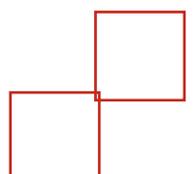
Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



- | | | |
|---|---|---|
| 1. Dolores de cabeza | 6. Alteración del sueño (aumento / disminución) | 12. Dificultades de concentración |
| 2. Dolores de estómago | 7. Ataques de pánico | 13. Ideas de suicidio |
| 3. Alteración del apetito (aumento / disminución) | 8. Fatiga | 14. Temblor |
| 4. Tristeza y/o apatía | 9. Dificultades para disfrutar | 15. Pensamientos negativos /repetitivos |
| 5. Mareos y/o desmayos | 10. Tensión muscular | 16. Ahogos |
| 19. Otros: | 11. Pesadillas | 17. Miedos |
| | | 18. Tics |

REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

SÍ* (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico

NO

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento
-------	--------------	-------------

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

SÍ (especifique cuál):

NO

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

° Alcohol: Pasado _____ Actual _____ °

Tabaco: Pasado _____ Actual _____ °

Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____

° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

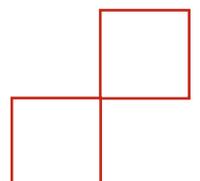
Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
------	--------------------------	----------

Padre, Madre, Hermanos, Hijos, Otros

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

SÍ* especifica **NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

SÍ (fecha de inicio de la relación):

_____ **NO**

¿Convives con tu pareja?

SÍ (¿desde cuándo?):

_____ **NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

• **SÍ** (¿en qué?):

• **NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

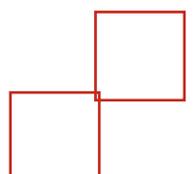
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**: 0 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

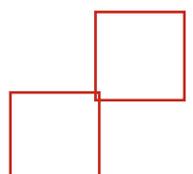
El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



ANEXO B

Autorregistros de intervención

Autorregistro respiración diafragmática

Día/hora	Situación	Nivel de activación fisiológica antes (0-10)	Nivel de activación fisiológica después (0-10)	Duración de la práctica	Dificultades/comentarios

Nota. Se le ha pedido que registre cuando y en que situación realiza su práctica de respiración diafragmática, el nivel de activación fisiológica antes y después, la duración de la práctica, y si ha tenido algunas dificultades durante la práctica o si tiene comentarios.

Autorregistro reestructuración cognitiva

Día/hora	Situación	Pensamiento inicial (irracional)	Nivel de malestar (0-10)	Conclusión (pensamiento racional)	Nivel de malestar (0-10)	Dificultades/comentarios

Nota. Se le ha pedido que identifique sus pensamientos irracionales, en que momentos/situaciones ocurren y el nivel de malestar que generen. Luego se ha pedido que realice la reestructuración cognitiva tras tres filtros, y que documenta en el mismo registro la conclusión a que ha llegado, su nivel de malestar tras haberse reestructurado y si ha tenido alguna dificultad.

Autorregistro exposiciones

Día/hora	Exposición	Nivel de malestar inicial (0-10)	Nivel de malestar máxima (0-10)	Nivel de malestar final (0-10)	Duración de exposición	Como te sientes	Grado de satisfacción (0-10)	Dificultades / comentarios

**Nota.* Que tipo de exposición, los niveles de malestar que siente antes de empezar la exposición, el máximo nivel de malestar y al finalizar la exposición, cuanto dura la exposición y como se siente (tanto lo positivo como lo negativo). Al final hay un espacio para dificultades y comentarios, donde se le ha pedido que haga una pequeña reflexión sobre la práctica (que esperaba, que pasó, como ha experimentado la sintomatología, etc.).

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas

Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

