



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD
POR FOBIA ESPECÍFICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ALINE ANA CRISTINA SÁENZ ORTEGA

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO
DRA. JUDITH GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

México abril 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción	3
Hospital Juárez de México Descripción de la sede	4
Instituto Nacional De Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán Descripción de la sede	11
Caso clínico Introducción	16
Antecedentes teóricos	17
Reporte de caso Historia clínica	23
Características clínicas	25
Análisis funcional de la conducta	26
Impresión diagnóstica	27
Evaluación conductual	31
Desarrollo del tratamiento	31
Jerarquía de la desensibilización sistemática	32
Descripción de las sesiones	33
Discusión	46
Conclusiones	47

INTRODUCCIÓN

A partir de la década de 1970 los psicólogos clínicos, además de enfocarse en los trastornos, comenzaron a abordar los aspectos conductuales de las enfermedades y es entonces cuando aparece el término Medicina Conductual. Caballo (1996) refiere que el término aparece por primera vez en un libro de Birk, *biofeedback: behavioral medicine*. En esta etapa, la medicina conductual fue considerada por algunos autores una técnica de biofeedback, sin embargo la medicina conductual se fue constituyendo de diversas técnicas conductuales. Es hasta 1977 cuando es reconocida como una disciplina interdisciplinar, Reynoso (2005) nos dice que las ciencias biomédicas y la psicología conductual se integran, así como el conocimiento, las técnicas conductuales y los programas en problemas de salud. Esto ocurre en un congreso de medicina conductual en la universidad de Yale. A partir de ahí comienzan a publicarse estudios, revistas especializadas como refiere Caballo (1996) la *Journal of Behavioral Medicine*, sus artículos publicados consistían en tratamiento y evaluación de trastornos orgánicos (desde un punto de vista clínico) y los trabajos centrados en la prevención de la enfermedad estaban bajo el contexto de la medicina conductual.

Actualmente como Caballo (1996) refiere, definen a la medicina conductual como la aplicación de técnicas de modificación de conductas para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas; Reynoso (2005) argumenta que la medicina conductual se ha extendido para la prevención y mantenimiento de la salud.

El papel del psicólogo en el sector salud, permite integrar tratamientos que complementen el proceso médico, como intervenciones que modifiquen el estilo de vida, incrementen la adherencia terapéutica y que permitan cambios conductuales.

Por lo tanto el programa de residencia en medicina conductual permite la formación y el desarrollo en hospitales generales e institutos, ya que se han obtenido aportaciones en beneficio del paciente y además el psicólogo ha desempeñado un papel significativo.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

NEFROLOGÍA

Características de la Sede

En México la organización de los servicios de salud está dividida en tres niveles de atención. El primero está constituido por los centros de salud y las unidades de medicina familiar, en donde se ubican la mayor parte de los problemas de salud. El segundo nivel ofrece internamiento y consulta, por medio de los hospitales generales. Y por último, el tercer nivel de atención de subespecialidades.

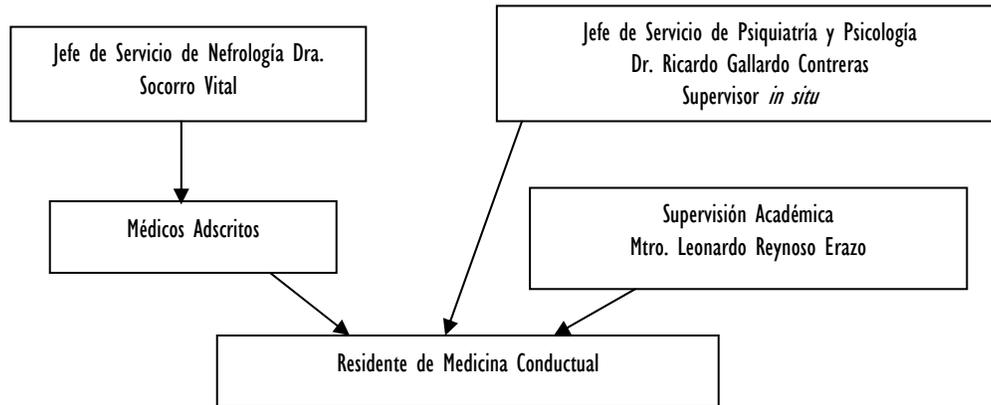
Ubicación de la sede

El Hospital Juárez de México es nombrado así en honor a Benito Juárez, un día después de su muerte se hizo la propuesta de que lo llamaran así, es una institución considerada de tercer nivel de atención, se encuentra ubicado en Av. Politécnico Nacional 5160 en la colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 en la ciudad de México, DF. Está considerado como un hospital de tercer nivel debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades, entre ellas Nefrología.

Autoridades

Como parte de la división de neurociencias se encuentra el servicio de psiquiatría y psicología del hospital, por parte del servicio de psicología las autoridades son el Jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología cuya función es ser supervisor In Situ, en el área académica existe un supervisor académico quien tiene como función importante cubrir las necesidades académicas de los residentes dentro del hospital y el Tutor Académico de quien depende directamente nuestra formación. Por parte del servicio de Nefrología la Jefa del servicio quien supervisa que las necesidades psicológicas de los pacientes sean cubiertas. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. Líneas de autoridad del Servicio de Nefrología. Hospital Juárez de México.



Ubicación del residente

Fui asignada al servicio de Nefrología, el cual está formado por un jefe de servicio, tres médicos adscritos, dos jefas de enfermeras en hemodiálisis y DPCA (Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria) respectivamente, dos enfermeras en consulta externa, dos trabajadores social, y en este periodo dos residentes en medicina conductual.

El servicio cuenta con 19 camas censables en el tercer piso del Hospital, el área de Nefropediatría ubicada en el cuarto piso que cuenta con seis camas y finalmente la unidad de hemodiálisis en la planta baja, que cuenta con nueve máquinas de hemodiálisis y donde fui asignada.

Actividades diarias.

Hospitalización: El servicio de hospitalización y hemodiálisis se dividió en dos rotaciones de seis meses para las dos residentes de medicina conductual, la visita se realiza los días lunes y viernes de manera general en piso, donde asisten los especialistas del servicio y diariamente sólo con el médico adscrito encargado de piso, donde el residente en medicina conductual atiende aquellos pacientes que necesiten el servicio o que el médico o algún otro especialista de la salud refiere alguna problemática de tipo psicológico como lo son manejo del estrés, incrementar la adherencia terapéutica, Psicoeducación, etc.

Consulta externa: se ofrece atención psicológica (en el consultorio asignado por el jefe de servicio) a pacientes y familiares que presentan desajustes emocionales relacionados con la presencia de la enfermedad, esta actividad es llevada a cabo los días miércoles y jueves de cada semana en un horario de 11:00 a 14:00 hrs.

Hemodiálisis: Fui asignada los primeros seis meses a esta unidad. En la unidad de hemodiálisis se proporciona atención psicológica a aquellos pacientes que se encuentran en este tratamiento sustitutivo que presentan déficit en adherencia al tratamiento o trastornos afectivos como ansiedad o depresión, intervención en crisis ante procedimientos médicos invasivos, manejo de estrés. A los pacientes del servicio de hemodiálisis se les brindó terapia cognitivo conductual, debido a que todo el año estos pacientes acudían a su sesión de hemodiálisis, por lo cual se les podía dar seguimiento. La intervención cognitivo conductual para los pacientes de hemodiálisis consistió en incrementar la adherencia terapéutica. Basada en los 11 pasos vitales de Safren (2000).

Atención a familiares de pacientes con IRCT: Los días martes el residente en Medicina Conductual coordina un grupo de Psicoeducación, en el cual se exponen temas de interés para los familiares de los pacientes en hospitalización referente a la enfermedad, ya que se identifican diversas deficiencias en la comprensión de la información sobre la IRCT, este grupo es abierto debido a que cada semana se ingresan nuevos pacientes a hospitalización por lo que los integrantes del grupo cambian constantemente. En la tabla 2 se presenta la distribución de actividades diarias del residente en Medicina Conductual del servicio de Nefrología.

Tabla 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SERVICIO: NEFROLOGÍA

HORA / DIA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00-8:00	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN				
8:00 - 9:00				SESIÓN BIBLIOGRÁFICA	
9:00 - 10:00	VISITA GRAL	PASE VISITA	PASE VISITA	DR. GALLARDO	VISITA GRAL
	VISITA HEMO				
10:00 - 11:00	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN	CLASE DR. GALLARDO	REVISIÓN DE CASO	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN
11:00 - 12:00	HEMODIÁLISIS	ORGANIZACIÓN GRUPO	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	SUPERVISIÓN ACADEMICA
12:00 - 13:00	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN	GRUPO DE	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	
13:00 - 14:00	HEMODIÁLISIS	NEFROLOGÍA	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	HEMODIÁLISIS U HOSPITALIZACIÓN

En el año de residencia en el hospital Juárez de México, las actividades se dividieron en seis meses en hemodiálisis y seis meses en hospitalización. Se atendieron 660 casos en el año, entre pacientes de hemodiálisis que asistían cada semana a la intervención psicológica, pacientes de hospitalización y en algunas ocasiones de la consulta externa, así como algunos internos y/o residentes del hospital.

Las intervenciones en hospitalización eran breves debido a que los pacientes permanecían poco tiempo hospitalizados, en algunas ocasiones fueron pacientes de hemodiálisis por lo que se podía dar seguimiento. Regularmente los médicos tratantes de nefrología, referían pacientes con problemas de adherencia terapéutica, pacientes con trastorno del ánimo y/o pacientes en crisis. En la unidad de hemodiálisis se atendían en su mayoría pacientes adultos y en ocasiones niños con nefropatía.

Por lo que se implementó una intervención cognitivo conductual durante las sesiones de hemodiálisis de los pacientes. Dicha intervención consistió en enseñar estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.

La falta de adherencia constituye un problema considerable que trae como consecuencia la ineficacia del tratamiento, aumentando la morbilidad y mortalidad así como los costos en la asistencia sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el incumplimiento del tratamiento médico en enfermedades crónicas (diabetes, el cáncer y las cardiovasculares), se ha convertido en un problema económico, ya que en los países desarrollados sólo el 50% de pacientes cumplen con el tratamiento, lo cual se agrava en países pobres, donde los medicamentos son limitados debido a la falta de recursos financieros.

Se han realizado diversos trabajos con un enfoque cognitivo conductual, encaminados a promover la adherencia terapéutica, entre ellos se encuentra el protocolo de Safren (2000), en el cual define los pasos vitales para fortalecer la adherencia terapéutica de pacientes con VIH.

Los efectos secundarios de los tratamientos es uno de los factores que intervienen en la adherencia, ya que pueden ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad. Macía y Méndez (1999) argumentan que los posibles efectos de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir un descenso en la adherencia

La literatura especializada muestra que modificar los estilos de vida inadecuados incrementa la adherencia, las personas que consideran su salud bajo control son más capaces de poner en práctica buenos hábitos de salud que aquellas personas que dejan su salud como factores de la casualidad (Taylor, 2007).

El paciente con insuficiencia renal crónica se va deteriorando lentamente, “su diagnóstico permite iniciar una serie de medidas para frenar o retrasar su progresión y en casos avanzados, preparar el inicio del tratamiento sustitutivo elegido, hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DPCA)” (Gómez y Jofre, 1994).

Algunos factores de riesgo son la raza, la edad, el sexo y los antecedentes familiares

Como nos indica la literatura hay algunas variables que son importantes en la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida y que se tienen que tener presentes en toda intervención psicológica (Remor 2003).

- Edad y/o momento del ciclo vital en el que se da el diagnóstico.
- Experiencias anteriores con el medio hospitalario
- Estado físico del paciente (enfermedades asociadas a la ERC)
- Creencias y valoraciones personales relacionadas con el entorno de la enfermedad.
- Estilos de pensamientos, estrategias de afrontamiento y autocontrol.
- Soporte emocional familiar y/o social del paciente.

La intervención cognitivo-conductual que se brindó a los participantes fue en dos sesiones por semana, ya que estos pacientes acudían tres veces a la semana a su sesión de hemodiálisis. Consistió en seguir los pasos vitales de Safren (2000):

- Psicoeducación, (información sobre tratamiento y enfermedad, información visual y con folletos. Aclarar y resolver dudas individuales). Identificar conductas, emociones, pensamientos, y creencias (social y culturalmente) que interferían con la adherencia.
- Manejo de diversas técnicas psicológicas de acuerdo al paciente y al contexto. (manejo de contingencias, auto-registros, solución de problemas, debate de pensamientos, terapia cognitiva, etc.)
- Asegurar que el paciente acudiera a consulta
- Hacer efectiva la comunicación médico-paciente
- Que el paciente afrontara (identificar, comunicar y abordar) efectos colaterales
- Que el paciente tuviera la habilidad para la obtención de medicamentos
- La ingesta de medicamentos adecuada (Horario, cantidad y forma de medicación diaria)
- Prevención de guardado de medicamentos (debido a que los pacientes tenían escasos recursos)
- Implementar Señales adicionales para recordar el tratamiento.
- Imaginación guiada para facilitar la adherencia
- Manejo de olvido manejado con ensayos conductuales
- Repaso final de los pasos vitales (que el paciente pueda realizar estos pasos sin ayuda)

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DEL HOSPITAL

Sesiones de psicología: son actividades realizadas dos veces por semana en dos modalidades:

1) La presentación de casos clínicos y su terapéutica, en el cual participan el Jefe de Servicio de Psicología, Medicina Conductual y los psicólogos adscritos al servicio.

2) La revisión bibliográfica de artículos de intervención cognitivo conductual en trastornos del DSM-IV. En este espacio académico realicé dos exposiciones con los temas: Estilos explicativos de Seligman y Diseño de investigación N=1.

Supervisión académica: Los días viernes nos reuníamos con el supervisor académico, las actividades son las siguientes:

- Discusión de casos clínicos.
- Sesiones bibliográficas.
- Supervisión del protocolo de investigación.

Otras actividades: Participé como ponente invitado en cursos como parte de la contribución del residente en Medicina Conductual al equipo de salud. Los cursos donde participe como profesor invitado se enlistan a continuación en orden cronológico:

- HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO. Curso taller: *“enfermedad renal crónica y sus alternativas de tratamiento”* con el tema: *“el estrés en el cuidador primario del paciente con ERC”*. Julio 2008
- COLEGIO DE NEFRÓLOGOS DE MÉXICO. *“estudio preliminar del efecto de una intervención cognitivo conductual para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con ERC”*. Monterrey, NL. México, del 12 al 15 de septiembre del 2008.
- CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA. *“elaboración de un instrumento de adherencia terapéutica en pacientes con ERC”*. Llevado a cabo en Monterrey, NL. México, del 1 al 3 de Octubre de 2008.

- CONGRESO MEXICANO DE ANÁLISIS DE LA CONDUCTA. *“una intervención cognitivo conductual para incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con ERC en estadio V”*. Ags, México, del 23 al 25 de marzo del 2009.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *“VIII Curso de nefrología para enfermeras”* con el tema: *“retos y avances del equipo multidisciplinario, para favorecer y lograr el autocuidado del paciente con ERC”*. Septiembre 2009.

Cursos como asistente:

- COLEGIO DE NEFROLOGOS DE MÉXICO. 3ª Sesión Bimestral 2008: *“el sistema renina angiotensina y la hipertensión arterial”*. 27 de Marzo del 2008. Centro Médico Nacional SXXI. IMSS
- HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO. *Nutrición y metabolismo en enfermedades renales*. 28 al 30 de Abril del 2008.
- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. *“metodología en ciencias de la salud”*. 29 al 31 de octubre del 2008.

SEGUNDO AÑO

Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y De Nutrición Salvador Zubirán

Durante el segundo año de residencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, los pacientes atendidos fueron referidos por el departamento de psiquiatría y neurología. La mayoría son pacientes con trastorno de personalidad del Eje II del DSM IV.

El objetivo del servicio de psicología es brindar a los pacientes que presentan algún padecimiento médico y que manifiestan problemas para adaptarse a la enfermedad, adherirse al tratamiento o manifiestan alguna morbilidad psiquiátrica. El servicio se

encuentra adscrito al servicio de neurología y psiquiatría. Regularmente psiquiatría enviaba pacientes para el tratamiento de la depresión y/o ansiedad, trastornos de personalidad.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
8 a 9	Actividad en el cubículo de psicología	Pacientes de la clínica de sueño	Actividad en el cubículo de psicología	Pacientes de la clínica de sueño	Sesión general	
9 a 10	Sesión bibliográfica con psiquiatría	Pacientes de consulta externa	Clase de psiquiatría de enlace	Pacientes de consulta externa	Supervisión académica	
10 a 12	Pase de visita		Pase de visita			Pase de visita
12:30 a 1			Revisión de casos clínicos con psiquiatría			
1 a 2	Clase de metodología y estadística	Revisión de artículos de psicología	Sesión de medicina interna	Revisión de casos clínicos con psiquiatría		

Descripción de las actividades

Sesión bibliográfica de psiquiatría y psicología: es presentada por un residente de psiquiatría y coordinada por un adscrito, psicología presenta la sesión una vez al mes, por lo que el residente de medicina conductual expone un tema con el enfoque cognitivo conductual que es supervisado por la supervisora in situ. El tema es asignado cada mes por el adscrito de psiquiatría.

Hospitalización: se realiza el pase de visita los lunes, miércoles y viernes en compañía del adscrito de psiquiatría con el que se esté rotando y con los residentes. La duración del pase de visita depende del número de intervenciones y del motivo de consulta. Se visita cada sector asignado al adscrito con el que se está rotando. Las intervenciones se realizan en conjunto con el equipo de psiquiatría.

Clase de metodología: se realiza con el equipo de psicología, dónde se revisan conceptos teóricos de estadística, metodología y SPSS.

Revisión de artículos de psicología: el residente de medicina conductual realiza una presentación sobre algún tema de psicología que se esté abordando en el momento de su rotación o durante la consulta. Los temas pueden ser artículos de investigación, enfermedades psiquiátricas, temas de la clínica de dolor y cuidados paliativos, todos partiendo desde el enfoque cognitivo conductual.

Clase de psiquiatría de enlace: se presentan temas de psiquiatría en relación a otras enfermedades de medicina interna.

Revisión de casos clínicos con psiquiatría: es la discusión de los casos vistos en hospitalización, con la finalidad de hacer un tratamiento integral con el área de psicología, es realizado por los residentes de psiquiatría. La participación del residente de medicina conductual es primordial porque en éstas sesiones refieren a los pacientes a la interconsulta de psicología.

Sesión general: se presentan las investigaciones, casos clínicos y temas de relevancia que se realizan en el instituto, en cada sesión expone cada departamento, por lo que en ocasiones tiene que presentar psiquiatría y con ellos psicología si se pidió interconsulta.

Supervisión: está a cargo del Mtro. Fernando Vázquez, se realiza cada semana donde se exponen los avances de los protocolos, casos clínicos, supervisión de las presentaciones próximas del residente de medicina conductual.

Consulta externa: son pacientes referidos por el servicio de psiquiatría o la clínica de sueño, en ocasiones requieren solo evaluación o terapia cognitivo conductual. Regularmente son pacientes con trastornos psiquiátricos frecuentemente por ansiedad y/o depresión. Algunos son pacientes comórbidos (diabetes, cáncer, ERC, etc).

Rotación: se realiza una rotación por mes con un adscrito de psiquiatría, las rotaciones son en trasplante, obesidad, terapia intensiva, trastornos de la conducta alimentaria, VIH y leucemias, neuropsicología y clínica del sueño.

Competencias alcanzadas:

Conocimientos adquiridos: en el primer año de residencia en el Hospital Juárez de México obtuve nociones básicas para atender a pacientes mórbidos, principalmente Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión, Lupus Eritematoso Sistémico, Diabetes y/o Trastornos del ánimo. Desarrollé habilidades en la entrevista, como la práctica de escuchar en circunstancias poco adecuadas para la terapia (intervenciones en los pasillos), poder realizar la intervención con distractores, identificar el principal motivo de consulta, así como la destreza para brindar terapia a pacientes hospitalizados y de manejo difícil (por circunstancias de enfermedad o por conducta evitativa). Incrementé la capacidad para detectar, durante el pase de visita, a pacientes contrariados por su padecimiento y con mal apego al tratamiento. Me instruí en el manejo de expediente clínico y en tecnicismos médicos. Aprendí a realizar notas con formatos establecidos. Así mismo he desarrollado intervenciones adecuadas a la problemática del paciente y a sus circunstancias ambientales.

Durante el segundo año de residencia en el INCMNSZ he aprendido de trastornos psiquiátricos además de incrementar mis conocimientos en pacientes con enfermedades mórbidas (hipertensión arterial, diabetes y ERC) he desarrollado y adquirido nuevas técnicas con respecto al tratamiento médico y psicológico de estas enfermedades. Las clases con los médicos permiten obtener la perspectiva médica de la enfermedad y en ocasiones identificar cuáles pueden ser los ejes abordados en la intervención cognitivo conductual, además de hacer integral la atención del paciente. La asistencia a las sesiones complementa la evaluación del problema.

He incrementado mis habilidades en la entrevista, en el manejo del expediente clínico, a ampliar la terminología y manejo del lenguaje médico, utilizar el DSM-IV para elaborar un diagnóstico, además de tener la habilidad de realizar evaluaciones desde selección de personal hasta identificar las características de pacientes donadores de órganos. La capacidad de desarrollar diversas intervenciones que se adecuen a las necesidades del paciente, así como dominar algunas técnicas como la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación, etc.

Experiencia adquirida: la experiencia en el manejo hospitalario fue importante tanto para el primer año de residencia en el Hospital Juárez de México; como en el segundo año en el INCMNSZ. En el primer año se brinda el reglamento del hospital, lo que permite que en el segundo año sea más fácil para el residente incorporarse a los lineamientos de un instituto, ya que éste requiere de más precisión. Se adquieren comportamientos adecuados del residente dentro del Hospital Juárez, así mismo se familiariza con el sistema hospitalario, es decir, es la primera aproximación a las actividades desempeñadas por el residente en el medio médico, como aprender del pase de visita, que es dónde todos los profesionales de la salud se reúnen para discutir el tratamiento adecuado y progreso del paciente, la consulta externa dónde se le da el seguimiento al paciente, las clases médicas para complementar el aprendizaje del residente de psicología. Además de aprender a relacionarse con otros profesionales de la salud y hacer un trabajo multidisciplinario lo que permite que la actuación del psicólogo sea activa y cada vez más requerida por parte del personal médico, lo que forma una atención integral. Además el compromiso del residente de psicología a las actividades médicas, permite que otros profesionales de la salud amplíen su conocimiento en cuanto al beneficio que el psicólogo en medicina conductual puede dar al medio hospitalario. El trabajo con los residentes médicos en el hospital Juárez me entrenó en cuanto al lenguaje médico, así como a desarrollar la perspectiva clínica, además de aprender a trabajar con otros especialistas en mi segundo año de residencia.

Las intervenciones de hospitalización, han contribuido a desarrollar mi perspectiva clínica y enfocarme al motivo de consulta, debido a que en estas circunstancias no se cuenta con el suficiente tiempo para realizar intervenciones largas. El residente de medicina conductual necesita desarrollar habilidades en el manejo del paciente hospitalario y extender el manejo de técnicas cognitivas conductuales, además de dominar un lenguaje básico de terminología médica.

CASO CLINICO

Introducción

Los pacientes con ansiedad han identificado que no es el estímulo externo (la situación) lo que genera la ansiedad, sino la pérdida de control ante un ataque de pánico.

La ansiedad es un trastorno emocional causado por estímulos internos, que encierra otros trastornos como el ataque de pánico, ansiedad generalizada y fobias. De acuerdo a Caballo (1991) la distinción conceptual entre ansiedad y miedo no es importante en el momento de plantear el tratamiento. Harned (2010) menciona que los trastornos de ansiedad comienzan en la edad joven, tienen un curso crónico y con frecuencia son incapacitantes, la mayoría de las personas que sufren de éste trastorno no reciben tratamiento o no es el adecuado.

De acuerdo a la literatura numerosos estudios clínicos y epidemiológicos han argumentado que los adultos que sufren de algún trastorno de ansiedad, la fobia específica, frecuentemente iniciaron desde la infancia (Becker, 2007), además de ser un trastorno que afecta a un gran número de personas en el mundo; en Estados Unidos se estima que afecta a un 28.8 % de la población (Harned, 2010), en Alemania, según Trumpf (2009) aproximadamente un 9.4% a 12.5% de la población adulta sufrirá por lo menos de alguna fobia específica en su vida, en Suecia la prevalencia se estima en 11 a 74% (Sigström, 2010) y es más usual en las mujeres que en los hombres (Kessler, 2005), se ha encontrado que el curso natural de la fobia en mujeres jóvenes es independiente de las características del trastorno. Existe una alta prevalencia y puede anunciar el inicio de varios trastornos mentales (Magee, 1996).

La terapia más recomendable para tratar los trastornos de ansiedad es la cognitivo-conductual, Clark (1995, en Rodebaugh, 2010) argumenta que los modelos cognitivo-conductuales sugieren discrepancias entre la percepción del desempeño y el rendimiento real. Por lo que se han implementado varias técnicas para reducir la ansiedad, como la

estrategia usada por Rodebaugh (2010) la retroalimentación en video, es un método que encabeza los efectos de la exposición, va acompañado de preparación cognitiva, diseñada para alcanzar dos metas: que el participante observe las discrepancias entre sus creencias y su actuación en el video, segundo, que los participantes miren de manera objetiva y evitar volver a activar las memorias del evento que produce la ansiedad; ambos métodos son eficaces si se combinan. Otro método es la terapia expositiva, es un tratamiento altamente eficaz que utiliza procedimientos de exposición para resolver los trastornos de ansiedad, Harned (2010) menciona que se han realizado extensivas investigaciones y se ha encontrado que tiene un largo rendimiento en los cambios desde inicio a fin de la terapia, como en el trastorno de pánico.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, los pacientes referidos por el servicio de psiquiatría, en su mayoría son pacientes con trastornos de ansiedad, este estudio se enfoca al caso de una paciente con ansiedad por fobia específica tipo daño, consecuencia de un shock anafiláctico por reacción a la xilocaína. Es una paciente hipotiroidea con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y ansiedad por fobia específica, que presentó distorsiones cognitivas respecto al ambiente hospitalario y tratamientos médicos; lo que la llevó a tener conductas de riesgo y falta de adherencia al tratamiento.

Antecedentes teóricos

Las fobias corresponden a los trastornos de ansiedad. El DSM-IV (2002) define a la fobia específica (llamada antes fobia simple) como un temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o de una situación específica. La prevalencia de fobia específica varía a través de las culturas y las etnias, pocos estudios epidemiológicos han evaluado su morbilidad psiquiátrica (Soo-Jin, Bung, Soo-Churl, Jae-Won, Min-Sup, Hee-Jung y Hyo, 2010). Se le ha encontrado con más frecuencia dentro de los trastornos de ansiedad con una prevalencia de 14.5 al 15.7% en mujeres y del 6.5 al 7.75% en hombres, Eaton, Dryman y Weissman (1991 citado en Caballo 2002). La American Psychiatric Association (1994) reportó que la fobia de tipo daño es más habitual en mujeres en un 55-70%. Fredrikson (1996) cuenta que los

temores fóbicos y la fobia específica son más comunes en las mujeres que en los hombres.

Se han realizado diversos estudios en pacientes con fobia específica para encontrar morbilidad con otros trastornos psiquiátricos y así poder presentar las estrategias y el tratamiento adecuado. Un estudio epidemiológico realizado en Korea con adolescentes, expuso diferencias significativas entre los tipos de fobia respecto a la co-morbilidad psiquiátrica y los problemas emocionales/conductuales.

La fobia de tipo daño-sangre está asociada con problemas conductuales y emocionales, como dificultades de externalización y conductas agresivas; además se encontró que tiene una alta morbilidad con otros trastornos de ansiedad, (Soo-Jin, et al., 2010). Stinson, halló morbilidad en la fobia específica con los trastornos del estado de ánimo y personalidad. Otro estudio en el 2008 reportó que los individuos con fobia específica a menudo tienen relación con trastornos mentales, mientras que los temores fóbicos no diagnosticados no se asocian a enfermedades, Curtis (1998) argumenta que si los temores fóbicos son parte normal de la psicología, la fobia específica tal vez es un indicador de una psicopatología más general, debido a que los temores fóbicos se presentan temprano en la vida, antes que otros síntomas psiquiátricos.

De acuerdo a Reynoso y Seligson (2005) las fobias deben ser abordadas en tres áreas; conductas, cogniciones y reacciones emocionales, donde el sistema nervioso responderá de manera exacerbada en esas tres dimensiones: el cognitivo, el conductual y el fisiológico.

La presencia de la fobia lleva al paciente a estar en una intensa ansiedad, mientras se encuentra expuesto a la situación u objeto de temor. Caballo (2002) refiere que usualmente la persona examina las expectativas y los pensamientos específicos que ayudan a mantener su miedo, es decir, los pensamientos que provocan su ansiedad. Se ha observado que los trastornos de ansiedad afectan el área física y social (trabajo, responsabilidades en el hogar, pasatiempos y funcionamiento social) los pacientes muestran un deterioro funcional en su calidad de vida, Barrera y Norton (2009) argumentan que es debido a la severidad de los síntomas y a la percepción subjetiva que tienen de éstos. La calidad de vida puede ser usada como un indicador de satisfacción en el paciente en un punto inicial de la intervención. Las experiencias causadas por las

fobias llevan al paciente a la evitación de la situación o estímulo aversivo, provocando el abandono de sus actividades, la experiencia evitativa está asociada con altos niveles de psicopatología general, depresión, ansiedad, traumas relacionados a síntomas y a una baja calidad de vida (Hayes, 2004)

Se ha observado que las técnicas expositivas son las más adecuadas para el tratamiento de estos trastornos. De acuerdo a Harned (2010) los tratamientos que utilizan procedimientos de exposición para resolver los trastornos de ansiedad, a través de un contacto repetido y prolongado con el estímulo que provoca la ansiedad, tienen una alta eficacia psicosocial. Siendo la principal premisa del procedimiento, que los individuos con trastorno de ansiedad, necesitan ser expuestos al estímulo en ausencia de las consecuencias aversivas para aprender que ese estímulo no es peligroso y que puede ser tolerada la ansiedad y que puede disminuir a través del tiempo por un proceso que se llama habituación.

En el tratamiento de la ansiedad se han encontrado efectos comparables en la terapia farmacológica y las terapias expositivas a corto plazo, sin embargo a largo plazo, la terapia expositiva ha mostrado un efecto superior en los resultados y en la tolerabilidad (Harned, 2010). Pocos profesionales de la salud mental están familiarizados con esos procedimientos.

Basándonos en Caballo (1991) la inhibición recíproca: si se puede obtener una respuesta opuesta a la ansiedad en presencia de los estímulos que provocan la ansiedad, de tal manera que se vayan suprimiendo las respuestas de ansiedad, se perderá el vínculo entre dichos estímulos y las respuestas de ansiedad. Reynoso y Seligson (2005) sugieren que la desensibilización es efectiva para pacientes que mantienen una conducta evitativa y que manifiestan ansiedad sin previa relajación ante las imágenes jerárquicas que provocan la fobia. De acuerdo a Lazarus y Wolpe (1966) la desensibilización sistemática rompe gradualmente con la respuesta de los hábitos de ansiedad, empleando un estado incompatible con la ansiedad para inhibir la respuesta del estímulo que lo evoca; repitiendo la exposición hasta que el estímulo pierde completamente su capacidad de ansiedad para eliminar o cambiar una reacción de un estímulo, debe presentarse en una situación descondicionante.

La desensibilización comienza con el entrenamiento en técnicas de relajación, seguida de la jerarquía de estímulos; de manera gradual (del menor al mayor). Ésta requiere del reconocimiento de la fuente de estímulos de respuestas desadaptativas. Wolpe (1966) refiere que para establecer una jerarquía, se requiere de información detallada acerca de las reacciones subjetivas del paciente. Los estímulos, organizados por temas, son clasificados en la lista e incorporan diferentes grados de las características que evocan la ansiedad y son fáciles de reconocer en los estímulos físicos que molestan al paciente.

No es necesario que el paciente experimente cada situación incluida en la jerarquía, primero se comienza con exposiciones imaginativas para que gradualmente se exponga al paciente al estímulo, en la universidad de Washington se ha probado un curso para el tratamiento de la ansiedad: a) preparar el escenario: se describen los tres tipos de exposición; en vivo, imaginario e interoceptivo y construyen una jerarquía de exposición para el paciente. b) correctivas de aprendizaje: se centra en lograr la corrección de aprendizaje; usando la exposición prolongada y repetida a través de múltiples contextos. c) evitar la evasión: consiste en reducir al mínimo la evasión durante la exposición y ofrecer ejercicios prácticos para el reconocer y abordar la evitación cuando eso ocurre (Harned, 2010). Aunque en ocasiones el paciente muestra dificultad para imaginar; Wolpe y Lazarus (1966) mencionan que algunos pacientes son capaces de imaginarse a ellos mismos en situaciones que generan su ansiedad de tal manera que evocan algo de la realidad que corresponde a su ansiedad.

Las técnicas de relajación además de reducir la ansiedad, son una herramienta que proporciona al paciente control en su respuesta fisiológica. Las técnicas aplicadas son: la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. La relajación muscular progresiva, radica en tensar y relajar los músculos de manera progresiva, Wolpe (1966) refiere entrenar varios grupos de músculos de manera sistemática. El entrenamiento autógeno, consiste en relajar sugiriendo sensaciones de calor y pesadez en el cuerpo y la respiración diafragmática, es la base de las relajaciones, conocida como la técnica de respiración profunda como lo indican Reynoso y Seligson (2005), consiste en el entrenamiento en respiración a través del diafragma. Wolpe y Lazarus (1966) mencionan que el entrenamiento en las técnicas de relajación debe de ser completada alrededor de seis intervenciones y se le dedica 20 minutos a cada una de éstas para supervisar al paciente sobre la práctica en casa, los dos periodos de 15 minutos al día.

Cuando el paciente se expone a su fobia identificamos cuáles son sus estrategias de afrontamiento. En un primer momento, *la imaginación guiada*, permite que el paciente se imagine afrontando la situación, como si ésta no le generara ansiedad, proporcionando al paciente el control de la situación y así avanzar al siguiente grado de la jerarquía de estímulos. Algunas ideas incrementan la ansiedad, por lo que la detención de pensamientos automáticos disfuncionales permite que el paciente encuentre la evidencia en contra y a favor de éstos pensamientos y buscar un pensamiento alternativo funcional.

La imaginación proyectada como lo indica Caballo (1991) permite a la paciente un estado deseable sin ansiedad con control de la situación, puesto que se plantea objetivos realistas.

La ansiedad puede estar asociada al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se ha descubierto que éste predice algunos de sus síntomas, originada por la situación, ideas o creencias, Siev (2010) refiere que las personas con TOC perciben pensamientos más constantes, ésta tendencia se relaciona con la conducta compulsiva porque siguen un pensamiento intrusivo u obsesivo, las personas con éste trastorno necesitan tomar las medidas necesarias para contrarrestar la posibilidad de las consecuencias temidas. Por lo que las conductas obsesivas se pueden atribuir a la importancia de los pensamientos. Lipton (2010) menciona que las imágenes mentales intrusivas han sido reconocidas por la American Psychological Association (APA), como síntomas del trastorno obsesivo compulsivo conformado por impulsos y pensamientos recurrentes, estudios recientes (Brewin, 2010 citado en Lipton 2010) sugieren que los niveles elevados de imágenes intrusivas se encuentran en otros trastornos; como los de ansiedad, planteando la cuestión de si hay algo distintivo de las imágenes intrusivas en el TOC que justifica su importancia como elemento de diagnóstico. Estos pensamientos intrusivos se presentan con frecuencia durante el día y la evidencia clínica señala que el contenido encierra los temores de violencia, enfermedad, muerte, desastre y locura. Las imágenes más recurrentes asociadas a la ansiedad son memorias de eventos tempranos. El contenido en el TOC es caracterizado por ideas inaceptables de daño.

Se han encontrado diferencias en términos de prevalencia, modalidad sensorial, intensidad, presencia de movimiento y reacciones emocionales asociadas a las imágenes en el TOC y los trastornos de ansiedad (Lipton, 2010).

La terapia cognitiva conductual es el tratamiento más adecuado en el desorden obsesivo-compulsivo, es empleada para disminuir y cambiar las interpretaciones desadaptativas de las experiencias del paciente (Abramowitz, 1997), la reestructuración cognitiva es la técnica adecuada para abordar los pensamientos obsesivos y las distorsiones que incrementan la ansiedad, así mismo podemos identificar las situaciones que generan dichos pensamientos. Beck refiere (1977 citado en Caballo 1991) que los procesos cognitivos nos dirigen a las emociones, conductas y consecuencias emocionales negativas, estos procesos son las distorsiones cognitivas que tienden a modificar la percepción del paciente, de un acontecimiento ambiguo, en una situación negativa o de ansiedad. Lo principal es que el paciente comprenda que sus cogniciones modifican su conducta y su estado emocional, le damos el control de sus pensamientos, podemos disminuir la ansiedad y las conductas obsesivas. Éstos pacientes tienden a catastrofizar, el temor no permite que describan evidencia clara sobre las situaciones. Manos, et al. (2010) identificaron tres dominios de creencias relacionadas con los pensamientos desadaptativos en pacientes obsesivos-compulsivo; *responsabilidad/amenaza, perfeccionismo/seguridad e importancia/control de los pensamientos*. Debido a que las creencias obsesivas pueden predecir los síntomas del desorden obsesivo-compulsivo. La teoría cognitiva podría prever asociaciones entre creencias obsesivas específicas y síntomas específicos del desorden obsesivo-compulsivo y que el tratamiento se encargue del cambio en los síntomas a través de los cambios en las creencias.

Se han examinado algunos factores que predicen la incidencia de la fobia específica, principalmente en mujeres jóvenes, se ha encontrado que se deben a: altos niveles de la psicopatología, a un estilo cognitivo negativo y a un pobre afrontamiento; lo que podría remitir en un trastorno (Trumpf, 2009). Cuando el pensamiento no está provocando la ansiedad, es decir, no es una distorsión cognitiva, sino que significa una discordancia entre la realidad y el objetivo del paciente o a un pobre afrontamiento; entonces se emplea la técnica de solución de problemas. Nezu (1987 citado en Caballo 1991) define al problema como “el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella”. (p. 528)

La solución de problemas requiere de cinco componentes; Primero la orientación hacia el problema, éste se basa en la historia de reforzamiento del paciente, son las reacciones en las tres áreas cognitivo-afectivo-conductual, después se define el problema, es comprender la naturaleza de éste. Generar alternativas, lluvia de soluciones tanto sean posibles, no importa que tan reales puedan ser esas posibles soluciones. En seguida la toma de decisiones, es evaluar la solución, analizando las ventajas y las desventajas de cada solución, puesta en práctica la solución y verificarla, en éste paso se evalúa la eficacia de la solución, junto con el terapeuta se discute la funcionalidad o si se debería llevar acabo otra solución.

Algunos pacientes con ansiedad presentan déficit en asertividad por lo que en ocasiones el tratamiento de la ansiedad tiene que enfocarse en el entrenamiento asertivo. Esta técnica permite que el paciente identifique las situaciones de conflicto, después el terapeuta brinda las respuestas apropiadas, mientras que el paciente representa a la persona con quién tiene el problema. De acuerdo con Caballo (1991) el entrenamiento consiste en nuevas respuestas conductuales, el paciente empleará sus propias respuestas y el terapeuta representa a la persona del conflicto.

Reporte de caso

La paciente fue referida por el servicio de psiquiatría con diagnóstico principal de Trastorno de ansiedad por fobia

Historia clínica

Datos generales

Paciente femenina

Edad: 45 años de edad

Casada con dos hijos de 16 y 24 años

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: hogar

Lugar de residencia: D.F

Diagnóstico (DSMIV-R): Trastorno de ansiedad en el eje I y trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad en el eje II

1. *Motivo de consulta:* presenta fobia específica de daño ante intervenciones clínicas, lo que genera ataques de ansiedad previa y durante las intervenciones médicas. Estos ataques de ansiedad crean conflicto en el ámbito familiar.
2. *Descripción y actitud de la paciente:* paciente con edad aparente igual a la cronológica. Se presenta a la primera sesión en adecuadas condiciones de higiene. Se observa una paciente descontrolada al hablar, atenta en la sesión.
3. *Historia social:* refiere haber vivido feliz, hasta el momento de casarse, contrajo nupcias a los 17 años, su esposo es alcohólico. Pertenece a un grupo de ayuda para familiares con problemas de alcoholismo.
4. *Historia escolar:* argumenta haber estudiado hasta la preparatoria, con facilidad para el estudio, dejó la escuela porque se casó y se dedicó al hogar.
5. *Historia laboral:* trabaja vendiendo mercancías por catálogos y hace manualidades para mantener sus gastos
6. *Historia sexual:* su esposo ha sido su única pareja, inicia vida sexual a los 17 años con el cual tuvo dos hijos. Ha mantenido vida sexual hasta hace unos meses en los que se ha visto deteriorada su relación.
7. *Antecedentes heredofamiliares:* su padre es alcohólico, su madre padeció de depresión y falleció de cáncer metastásico a la semana de haber sido detectado, su hermano el menor mantiene una adicción a las drogas, padece de depresión al igual que otra de sus hermanas.
8. *Historia familiar:* la paciente refiere haberse casado para salirse de su casa con la idea de que formando su familia sería feliz, sin embargo, argumenta haber vivido más tranquila en el núcleo materno. Su madre fallece al segundo año de haber presentado el shock anafiláctico y al morir su madre se hace responsable de sus actividades y de otras en casa de su padre, por lo cual refiere haber desarrollado el trastorno obsesivo compulsivo, los conflictos con su esposo se incrementan por lo que su hija decide irse en ocasiones de la casa. Su hijo embaraza a su novia y actualmente la paciente se hace responsable de la nieta, aunque ésta vive con su madre.
9. *Examen mental:* la paciente se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, lenguaje fluido y coherente, juicio, memoria, atención y concentración conservados.

10. *Padecimiento actual:* La paciente presenta hipotiroidismo controlado, extirpación de la tiroides, debido a esto se le han realizado diversos estudios sin presentar una reacción alérgica, hasta el último estudio que presentó reacción al medio de contraste.

Se sometió a un tratamiento dental, mostró alergia a la xilocaína, sin consecuencias graves, sin embargo, se instalaron algunas respuestas fisiológicas condicionadas a los tratamientos dentales. En una segunda ocasión, presentó shock anafiláctico por lo que fue hospitalizada. A consecuencia de esto presentó conductas inadecuadas, déficit en la adherencia terapéutica, aislamiento, ansiedad y depresión. Refiere que hace algunos años pensó en el suicidio debido a la ansiedad y la depresión después del shock anafiláctico, estuvo en terapia en el Instituto Nacional de Psiquiatría y actualmente se encuentra con manejo farmacológico psiquiátrico. Hace dos años tuvo un accidente automovilístico y los síntomas de ansiedad se incrementaron, manteniendo aún el insomnio ocasionado por la rumiación de pensamiento

11. *Diagnóstico:* la paciente tiene un trastorno de ansiedad de fobia específica tipo daño además de un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo que incrementa la ansiedad debido a las obsesiones y compulsiones del trastorno de personalidad.

Características clínicas iniciales de la paciente

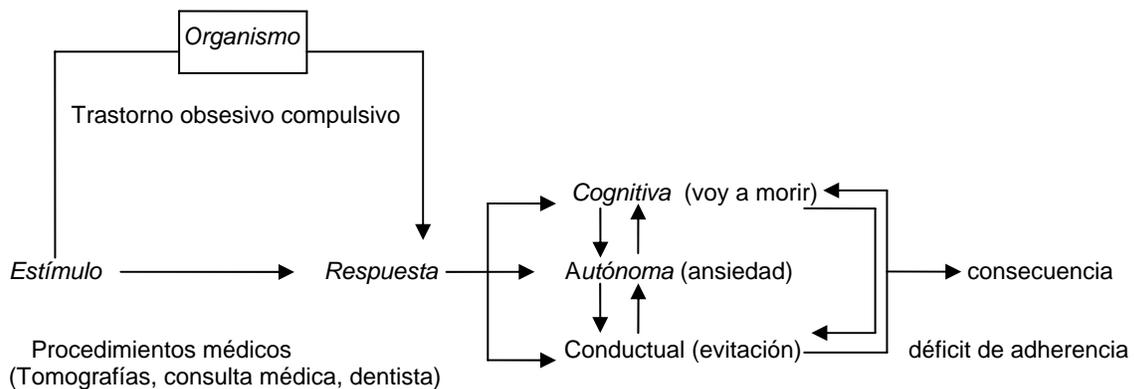
Hace 12 años inicia la fobia específica tipo daño por el shock anafiláctico, por lo que la paciente decide aislarse para protegerse ante el riesgo de morir. Durante cinco años se mantuvo encerrada lo que provocó depresión con pensamientos recurrentes de suicidio, fue tratada en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Actualmente presenta fobia específica, evitando tratamientos en los que tenga que ser anestesiada, las ideas recurrentes de daño y muerte persisten, sin embargo la idea de suicidio fue excluida. La paciente presenta un trastorno obsesivo compulsivo que incrementa los síntomas ansiosos, además de incrementar conflictos en sus relaciones interpersonales.

Análisis funcional de la conducta

Se realizó el análisis funcional con el modelo de ecuación conductual E-O-R-C, para identificar cuáles son los estímulos que desencadenan la ansiedad y sostienen la fobia, se definieron los parámetros que alcanza la fobia, así mismo conocer cuál es la reacción biológica y psicológica, al igual que las respuestas conductuales y las consecuencias de éstas a largo plazo.

Con la ecuación conductual E-O-R-C se encontró que los estímulos (E) que provocan ansiedad en la paciente son sucesos médicos (entrar al instituto, asistir a la consulta médica, procesos invasivos) discusiones familiares (situaciones que no puede controlar). Organismo (O) el shock anafiláctico como antecedente, el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Respuesta (R) ansiedad, evitación, miedo, taquicardia. Consecuencia (C) aislamiento, discusiones familiares, deterioro en la salud. Como se puede observar en el figura 4.

Figura 4. E-O-R-C



Los eventos médicos, como los estudios clínicos (análisis de sangre, tomografía de hígado y de tiroides) desencadenan distorsiones cognitivas catastróficas (p.ej., padecer cáncer de hígado). Durante un estudio, la paciente presentó una crisis de ansiedad. El medio de contraste provocó una reacción alérgica, por lo que tuvo pensamientos de *sobreestimación de la probabilidad* (p.ej., me va a dar un infarto y los médicos no van a

poder hacer algo) y *catastróficos* (p.ej., ya mejor no me resisto y me dejo morir). La paciente identifica en ese instante los pensamientos que desencadenan la ansiedad, realiza la técnica de respiración diafragmática y la ansiedad disminuye. Busca evidencia a favor y en contra de su creencia, sin embargo, debido al Trastorno obsesivo compulsivo, el pensamiento de muerte fue recurrente. Este trastorno tiene comportamientos repetitivos, por lo que se le dio un pensamiento alternativo (si bebo agua constantemente, me pondré mejor), para que la conducta fuera repetitiva (solo ingesta de líquido). Debido a la alergia por el medio de contraste, el médico indicó ingerir agua para eliminar el yodo de su cuerpo. De esta manera la paciente controló la ansiedad.

Impresión diagnóstica

Es una paciente con Trastorno de ansiedad por fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño como enfermedad clínica de base, además padece de un Trastorno Obsesivo Compulsivo como trastorno de personalidad, el cuál fue detectado en el 2000 después del shock anafiláctico. El TOC de la paciente incrementa las respuestas de ansiedad, regularmente por los pensamientos obsesivos de enfermedad y muerte.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno de la personalidad del grupo C (trastornos ansiosos o temerosos) en el que se caracteriza por un patrón de temores, preocupación excesiva de perfeccionismo con poca flexibilidad, comienza a principios de la edad adulta. Como lo señalan los siguientes criterios del DSM-IV (2002)

- (1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- (2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas
- (3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
- (4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores

- (5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) Muestra rigidez y obstinación

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones

Las obsesiones se definen por

- (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos y actos
- (4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente (y no vienen impuestos como la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por:

- (1) Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta de una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
- (2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la preservación o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

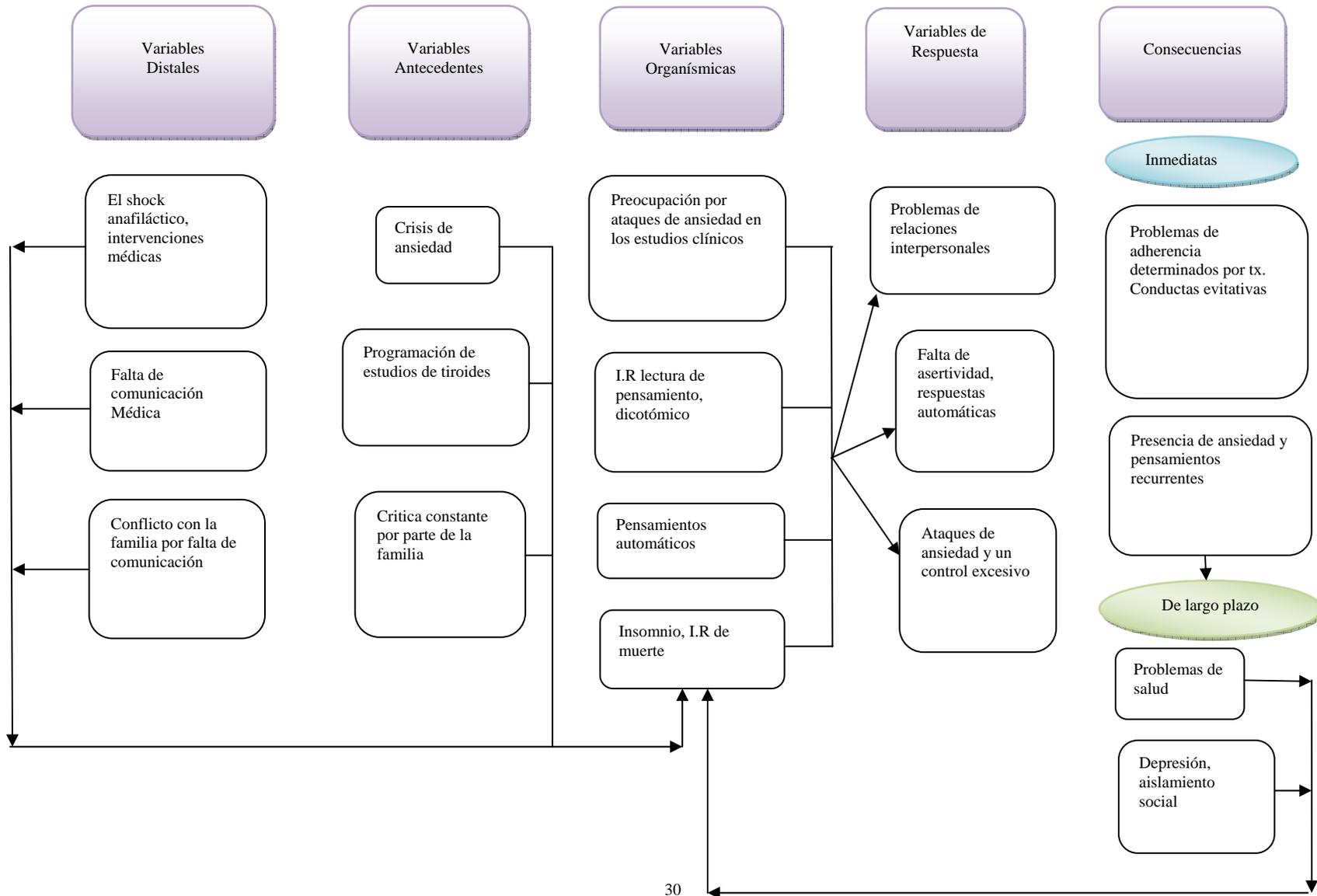
En este caso, la paciente presentó fobia en específico de tipo daño, de acuerdo a la clasificación del DSM-IV (2002) si el miedo hace referencia a recibir inyecciones o intervenciones médicas invasivas.

La fobia específica se puede diferenciar de otras fobias observando la evitación de la situación, Caballo (2002) refiere que en el DSM-IV no se determina de fobia específica si el temor lo define mejor algún otro trastorno mental. Las clasificaciones del DSM-IV, de acuerdo al tipo son: animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional y otros. La fobia de este estudio de caso es tipo sangre-inyecciones-daño, centrada especialmente en inyecciones y anestésicos. Es definida como el miedo a la sangre o heridas, a recibir inyecciones u intervenciones médicas invasivas, caracterizadas por una respuesta vasovagal (DSM-IV; 2002). Asociada a la respuesta fisiológica en la exposición a la situación temida, se presenta con un aumento en la activación y caída de la presión sanguínea; en algunos casos se puede presentar desmayos.

Los criterios del DSM-IV (2002) para la fobia específica son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos
 - B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
 - C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional
 - D. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de un intensa ansiedad o malestar
 - E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con la relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
 - F. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación).
- (p. 202)

Figura 5. Psicopatogénesis



Evaluación conductual

Se aplicó el SCID-II el HAD.

El SCID-II es un cuestionario que es utilizado para formular diagnósticos de la personalidad del eje II del DSM-IV, de forma categorial (presencia o ausencia) consta de una entrevista estructurada. Se obtuvo un diagnóstico obsesivo-compulsivo con más de seis respuestas con un puntaje de 3 por cada pregunta en la entrevista estructurada. Lo que corrobora el trastorno obsesivo compulsivo como diagnóstico principal del eje II.

Debido al trastorno obsesivo compulsivo que presenta la paciente y la ansiedad, la técnica que benefició la intervención fue la reestructuración cognitiva. Las ideas irracionales generaban crisis de ansiedad.

Desarrollo del tratamiento

Las sesiones se dividieron en dos partes cada sesión. El objetivo de la primera parte fue la reestructuración cognitiva y la segunda la desensibilización sistemática.

Se utilizó la *reestructuración cognitiva* para abordar los pensamientos catastróficos, contrastando con el enfoque socrático, pedimos al paciente que recuerde una situación similar de su fobia actual, que trate de relacionar los detalles en los que son similares a la situación actual, como el lugar, el olor, los sonidos, etc. Se hace notar la similitud entre las dos situaciones, sobresaliendo las creencias que tenía el paciente en aquel momento, resaltando las estrategias de afrontamiento con las que cuenta ahora el paciente. De acuerdo a Caballo (1991) esta técnica permite especular una hipótesis sobre desarrollo de las creencias que originan la situación catastrófica.

Se empleó el registro de pensamientos pues permite identificar aquellos que provocan ansiedad en la paciente, además de tener alternativas realistas en cuanto a la situación fóbica. Como lo indica Caballo (2002) el paciente debe identificar los tipos de pensamientos ansiosos y el primer tipo es el de la *sobreestimación de la probabilidad*, que como su nombre lo indica, es sobreestimar la probabilidad que ocurra un suceso. Otro pensamiento ansioso es el catastrófico, que es la sobreestimación de un impacto negativo de una situación.

Para abordar la ansiedad se estructuró una intervención de exposiciones repetidas a la fobia, permite que la paciente se presente ante la situación fóbica y que perciba un bajo riesgo. En algunas ocasiones es necesario recurrir a la exposición en la imaginación, porque la exposición en vivo no es posible en determinados casos como las intervenciones quirúrgicas; Caballo (2002) dice que la exposición en vivo es más eficaz pero en ocasiones no es la más adecuada cuando el afrontamiento de la situación fóbica es impracticable. Se utilizó *La desensibilización sistemática* porque es la técnica adecuada para los pacientes con fobia específica, debido a que la reduce. La jerarquía se construyó de acuerdo a la historia del paciente según Wolpe y Lazarus (1966) En el caso de la paciente, la jerarquía está formada por los estímulos que se muestran en la Figura 6.

Figura 6. Jerarquía de la desensibilización sistemática

14. acudir a consulta dental
 13. platica con el anesthesiólogo
 12. estudios clínicos tomografía de hígado
 11. tolerancia en la sala de espera previo a los estudios y rayos x (minutos importantes porque quiere evitar los estudios y el medio de contraste)
 10. permanecer en los consultorios de urgencias, escuchando el sonido de los monitores y respiradores
 9. permanecer en los pasillos de urgencias y observar el movimiento del servicio
 8. entrar a la sala de espera de urgencias
 7. hablar con los médicos respecto a los diagnósticos
 6. consulta médica dentro del instituto
 5. Entrar a los pasillos de odontología y tolerancia al aroma del consultorio y de los medicamentos dentales
 4. Permanecer en la sala de espera de consulta externa en un tiempo establecido
 3. exposición a los frascos de xilocaína
 2. tocar medicamentos
 1. Exposición de imágenes de procedimientos dentales, agujas y anestésicos
-

Se efectuó una intervención cognitivo-conductual de 15 sesiones, por semana con duración de una hora, en una paciente TOC con diagnóstico de ansiedad por fobia en específico, tipo daño (shock anafiláctico por xilocaína).

Las sesiones se dividieron en dos partes. La primer parte de la sesión consistió en reestructuración cognitiva, detección de pensamientos disfuncionales, entrenamiento en solución de problemas y en técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación autógena y muscular progresiva de Jacobson). La segunda parte se aplicaba la desensibilización sistemática.

Descripción de las sesiones

Sesión 1

Objetivo: Evaluación general del problema, así como la definición sobre la ansiedad y el miedo. Explicación y lineamientos de la intervención cognitivo conductual y de las tareas del paciente en casa. Se brinda la información de los beneficios de la intervención con la fobia. Establecer las metas a alcanzar en la terapia.

Técnicas: Se realizó la entrevista clínica sobre las manifestaciones de la fobia. Se estableció el uso de registro diario de pensamientos, en el cual se registraba la situación, texto justo del pensamiento, emoción y conducta, debate del pensamiento, emoción nueva y por último consecuencias. Inmediatamente se desarrolló un ejemplo de un acontecimiento reciente de la paciente, para su comprensión.

Sesión 2

Objetivo: Identificar los estímulos que desatan la ansiedad, ubicar los parámetros de la fobia y las consecuencias en la vida de la paciente. Debido a su trastorno obsesivo su discurso y registros son saturados, por lo que había que dar un orden a sus pensamientos y marcar límites en su discurso. Así mismo identificar distorsiones cognitivas que provocaran la ansiedad. Evaluación conductual. Determinar la línea base e identificar las conductas en exceso. Entrenamiento en Respiración diafragmática

Técnica: Se realizó un análisis funcional; presentación sobre la ansiedad y la fobia (el shock anafiláctico) y los alcances de la intervención. Se explicó la relación entre la

ansiedad y el miedo. Registro de ansiedad (frecuencia y duración) en éste también se registraban las conductas deseables en déficit a incrementar y las conductas compulsivas a disminuir; se entregaba semanalmente. Registro diario de pensamientos se inicia el entrenamiento en detección de pensamientos automáticos negativos y se instruye a la paciente para identificar las distorsiones cognitivas en su registro. Técnica de Respiración diafragmática.

Las conductas que disminuyeron:

- cuántas veces funcionaba discutir y gritar con la familia (esposo e hijos) por mantener el orden y duración de las discusiones
- cuántas veces en la sesión se le pedía escuchar al terapeuta
- cuántas veces a la semana acudía a casa de su padre (la paciente tenía la idea irracional de que si no visitaba a su padre se enfermaría y podría morirse, lo que le producía ansiedad, además de ayudarle con el orden)
- disminuir las conductas compulsivas (orden, limpieza y mantener control)

Las conductas que se incrementaron:

- tolerancia
- mantener los límites de respeto (evitar invadir la privacidad familiar, no cambiar el orden en los espacios de estos)
- comunicación asertiva
- realizar las técnicas de relajación en casa
- realizar ejercicio
- actividad recreativa
- veces que aplica solución de problemas y cuántas veces funciona

Se observa una desorganización en el discurso, las distorsiones cognitivas generaban entre 6 a 8 crisis de ansiedad semanal con duración de una hora a dos.

Sesión 3

Objetivo: Entrenamiento en relajación muscular progresiva. Revisión de los registros. Aprender a buscar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos, como en el caso de los pensamientos de sobreestimación de la probabilidad. Se invitó a la paciente a participar en la desensibilización sistemática, informándole que la fobia está sustentada por la evitación al estímulo. Se explicó que la exposición sería gradual, se

muestra la jerarquía de los estímulos elaborada con la información recopilada en el análisis funcional, los estímulos se muestran en el cuadro 1.

Técnica: El registro de pensamientos permitió que la paciente observara la influencia de sus cogniciones en sus emociones y conductas. Técnicas de Relajación; respiración diafragmática y muscular progresiva. Desensibilización sistemática. Se procedió con la exposición en vivo al primer estímulo de la jerarquía exposición a imágenes de procedimientos dentales, agujas y anestésicos. Cuando el estímulo anterior había sido superado con éxito, se continuó al siguiente nivel de la jerarquía.

Desensibilización 1. Exposición de imágenes de procedimientos dentales, agujas y anestésicos

Esta primera exposición a la fobia provocó ansiedad en la paciente por lo que se regresó a ejecutar la técnica de respiración diafragmática. Se enfatizó que esta situación se presenta frecuentemente y que la diferencia está en el control que tiene la paciente de su respiración así como de sus pensamientos por esos estímulos visuales. Inmediatamente se escribieron los pensamientos que estaban en ese momento, se evaluó la evidencia a favor y en contra de los pensamientos, en su mayoría fueron distorsiones cognitivas. Se reforzaron las habilidades adquiridas de la paciente para realizar el segundo intento del estímulo. En esa ocasión la paciente mantuvo la ansiedad, se observó un control en la respiración.

Sesión 4

Objetivo: Supervisar que la paciente realizara correctamente las técnicas anteriores y enseñar la técnica de relajación autógena. Revisión de los registros de pensamiento y actividades asignadas. Continuar con el siguiente estímulo de la jerarquía. Anticipar los obstáculos que pudieran presentarse durante las tareas en casa, como la exposición a situaciones que producen ansiedad. Desarrollar estrategias de afrontamiento, que la paciente se imaginara enfrentándose a la situación fóbica, sin sentir ansiedad.

Técnicas: Relajación autógena, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. Se aplicó el estímulo de tocar medicamentos. Las estrategias de afrontamiento se desarrollaron con la imaginación proyectada, implicaba pedir a la paciente que se imaginara a sí misma en una situación futura, con

la finalidad de que la paciente se planteara objetivos reales, en los cuales pudiera tener control y el percibirse sin ansiedad.

Desensibilización 2. Tocar medicamentos

Como antecedente, después de presentar el shock anafiláctico, la paciente utilizaba guantes o bolsas de polietileno para tocar los medicamentos aunque éstos estuvieran en sus respectivas cajas. Se le presentaron los medicamentos después de la relajación, la paciente los tomó entre sus manos sin presentar molestia.

Sesión 5

Objetivo: Utilizar las situaciones del registro de pensamiento de la paciente para el entrenamiento en solución de problemas, evaluando el conflicto con los cinco pasos, que la paciente aprenda a detener pensamientos automáticos. Desarrollar estrategias de afrontamiento con imaginación dirigida Continuar con el siguiente estímulo de la desensibilización sistemática.

Técnica: Técnica en Solución de problemas, se ubicaba a la paciente en una situación temida en la que tenía que anticiparse a resolver el conflicto con la técnica. En el caso de la detección del pensamiento automático se le pedía a la paciente que comparara la experiencia anterior temida con la experiencia actual y mediante el enfoque socrático, se evalúan las similitudes entre ambas, distinguiendo las condiciones en que obtuvo esos pensamientos en esa primera experiencia, cuando aún no disponía de las estrategias de afrontamiento.

Desensibilización 3. Exposición a los frascos de xilocaína

Se presentaron unos pequeños frascos sin etiquetas, que contenían medicamento para dolor gástrico, a la paciente se le mencionó que contenían xilocaína y que observara que estaban totalmente cerrados, la paciente los tomó sin mostrar temor, en ese momento se le preguntó qué pensamientos le provocaba, se realizó el debate de pensamiento, pero la paciente permaneció sin manifestar ansiedad.

Sesión 6

Objetivo: Que la paciente incorpore la información de los pensamientos y los estímulos de la fobia, con las técnicas adquiridas. Cuarto estímulo de la jerarquía, que sea capaz de permanecer en la consulta externa con un nivel bajo de ansiedad.

Técnica: Reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática. Regularmente la paciente presentaba pensamiento de abstracción selectiva, lo que la llevaba a dejar de realizar sus actividades, a medida en que fue identificando las distorsiones fue modificando su conducta, como continuar con sus labores diarias, como se muestra en la figura 7. Debido al trastorno obsesivo compulsivo, tenía pensamientos dicotómicos (p.ej., todo me sale mal y no encuentro salida) y de generalización, lo que la llevaba a incrementar las crisis de ansiedad.

Figura 7. REGISTRO DE FEBRERO			
<i>Situación</i>	<i>pensamiento</i>	<i>emoción</i>	<i>Conducta</i>
Me realizaron la tomografía y presente alergia y mi familia me apoyo todo el tiempo	Algo malo me va a suceder por eso todos me están apoyando	Desesperanza	Ésta nueva reacción hace que me abandone y regrese a la apatía
REGISTRO ABRIL			
Nos fuimos de vacaciones y regresaron las discusiones	Podrían ser las últimas vacaciones porque somos muy disfuncionales, hay que volver a la realidad	Miedo y angustia	Hice mis actividades cotidianas porque aún tenía energía

Desensibilización 4. Permanecer en la consulta externa por un tiempo determinado

Se explicó que durante esa exposición, el terapeuta diría en voz alta algunas distorsiones cognitivas que la paciente presenta con frecuencia y ella en voz alta tendría que decir el pensamiento alternativo y aplicar la respiración diafragmática. En el primer intento la paciente solo mencionaba los pensamientos que generaban ansiedad, le fue complicado encontrar el pensamiento alternativo. La segunda ocasión la paciente debatió el pensamiento mediante la técnica socrática, se repetía en voz alta *¿qué sería lo peor que pudiera pasarle si se encontraba en el mejor instituto de salud?* En el tercer intento la paciente ya daba el pensamiento alternativo, no escuchaba el pensamiento que provocaba la ansiedad que repetía el terapeuta. No mostró ansiedad, mantuvo control en su respiración, por lo que se paso al siguiente nivel jerárquico.

Sesión 7

Objetivo: Incrementar las estrategias de afrontamiento. Desarrollar la escucha y mantener una comunicación asertiva, que la paciente sea capaz de establecer y respetar los límites en el hogar. Realizar el quinto estímulo de la jerarquía. Supervisión de los registros y de las técnicas adquiridas en la semana anterior.

Técnica: Entrenamiento en asertividad, técnica de solución de problemas, modelamiento, desensibilización sistemática.

Desensibilización 5. Entrar al pasillo de odontología y tolerar el aroma del consultorio y de los medicamentos dentales

Se explicó el estímulo y se aplicó la relajación, la respiración de la paciente empezó a acelerarse al percibir el aroma del consultorio dental, comienza a realizar la respiración diafragmática, el sonido de la fresa (instrumento dental) provocó que la paciente se mostrará ansiosa, sin embargo todavía era tolerable, manifestó pensamientos alternativos.

Sesión 8

Objetivo: identificar las distorsiones cognitivas en el momento de la desensibilización sistemática y buscar el pensamiento alternativo, evitando una elevación de la ansiedad, además que la paciente mantenga una comunicación asertiva con el personal médico. Supervisar las asignaciones en casa en cuanto a la asertividad y el establecimiento de límites. Desarrollar los estímulos 6 y 7 de la jerarquía.

Técnica: modelamiento, entrenamiento en asertividad, detección de pensamientos automáticos, técnica de respiración diafragmática y desensibilización sistemática.

Desensibilización 6. Consulta médica en el instituto

La paciente acude a sus citas programadas (cualquier especialidad) con ansiedad debido a los pensamientos catastróficos de muerte, en una ocasión previo a la consulta, se realizó el debate de ideas, se utilizó la técnica socrática, por lo que la paciente no encontraba elementos a favor de su creencia, al terminar se realizó la técnica de relajación de respiración y autógena. Enseguida la paciente se presentó a la consulta de psiquiatría y se mantuvo sin ansiedad.

Desensibilización 7. Hablar con los médicos respecto al diagnóstico

Debido al TOC de la paciente, su pensamiento recurrente (padecer una enfermedad de gravedad), la llevaba a tener ansiedad y a evitar hablar con el médico de sus dudas con respecto a su salud. Durante la tomografía de tiroides solo prestaba atención a las conversaciones entre los médicos, para escuchar algún indicio que reforzara la idea de la paciente de padecer una enfermedad grave. Por lo que previo a la consulta de medicina interna, se entrenó a la paciente para entablar una comunicación asertiva con el médico respecto a sus dudas, El día de la consulta se realizó la relajación, se hizo un ensayo cognitivo, la paciente mantuvo control de su ansiedad. Es importante mencionar que el diagnóstico fue favorecedor lo que reforzó la reestructuración cognitiva.

Sesión 9

Objetivo: que la paciente sea capaz de permanecer sin ansiedad y detener sus pensamientos catastróficos, evaluando la evidencia, mientras permanece en el servicio de urgencias. Aplicar los estímulos de la jerarquía 8 y pasar al 9 si la paciente permanece en control.

Técnica: solución de problemas, respiración diafragmática, detección de pensamiento, método socrático y desensibilización sistemática.

Desensibilización 8. Entrar a la sala de espera de urgencias

La sala de urgencias crea ansiedad en la paciente, porque el ver entrar a los pacientes, le provocan ideas de contagio (TOC) y además le recuerda las ocasiones en que la han traído. Durante la exposición la paciente se mantuvo controlada, no escuchaba las distorsiones cognitivas que el terapeuta le daba, solo realizaba la técnica de respiración diafragmática.

Desensibilización 9. Permanecer en los pasillos de urgencias y observar el movimiento del servicio

Se explicó el estímulo a la paciente, se realizó la técnica de relajación. La paciente permaneció en el pasillo durante 10 minutos en un principio, practicando la respiración diafragmática. Se incrementaron 5 minutos, la paciente se enfocó a observar el movimiento y relatar lo que le fuera angustiante del lugar, aplicando la técnica

socrática. La ansiedad se mantuvo controlada, por lo que se pasó al siguiente nivel jerárquico.

Sesión 10

Objetivo: identificar y controlar los pensamientos catastróficos, que traté de relacionar los detalles como el lugar, el olor, los sonidos, etc. Con su hospitalización por el shock anafiláctico. Resaltando las creencias que tiene la paciente y las estrategias de afrontamiento con las que cuenta ahora la paciente

Técnica: imaginación dirigida que se imagine afrontando la situación, como si ésta no le generara ansiedad, proporcionando al paciente el control de la situación. Desensibilización sistemática, Respiración diafragmática, detección de pensamientos automáticos.

Desensibilización 10. Permanecer en la sala de urgencias escuchando los monitores y respiradores

La paciente mantuvo el control de su respiración, le resultó difícil identificar el pensamiento alternativo, sin embargo, la ansiedad se mantuvo bajo control, el sonido de las máquinas en algún momento desconcentraron a la paciente, pero ésta retomaba el pensamiento alternativo.

Sesión 11

Objetivo: revisar con la paciente la disminución de sus compulsiones y el incremento de las conductas deseadas, destacar la tolerancia. Que la paciente se capaz de imaginar un panorama estresante y mantenga identifique y controle su ansiedad.

Técnica: Relajación diafragmática e imaginación guiada, método socrático, ensayos conductuales. Desensibilización sistemática.

Desensibilización 11. Tolerancia en la sala de espera previo a los estudios clínicos

La paciente presentó ansiedad antes de realizarse un estudio, el someterse a procedimientos invasivos le provocan ideas de muerte. Se aplicó la técnica de relajación, en ese momento de la intervención, la paciente identificó las distorsiones cognitivas con más facilidad. La paciente controló su respiración y sus pensamientos previos al estudio.

Sesión 12

Objetivo: se pretendió que la paciente mantuviera el control durante el estudio programado. Que sea capaz de afrontar el estímulo jerárquico, pueda reestructurar su pensamiento y aplicar las técnicas de relajación.

Técnica: Respiración diafragmática, desensibilización sistemática, imaginación dirigida, ensayo conductual.

Desensibilización 12. Estudios clínicos (tomografía de hígado)

Previo al estudio, se instruyó a la paciente mediante la técnica de imaginación dirigida, fue complicado el imaginarse a sí misma ante la situación temida, en ese caso se pidió que imaginara la situación en otra persona, le produjo menos ansiedad, no se continuó al siguiente estímulo jerárquico, el ejercicio se volvió aplicar después de realizar la técnica de la respiración diafragmática y autógena, en esa ocasión la paciente pudo realizar el ejercicio de imaginación dirigida con éxito sin presentar ansiedad. Durante el estudio presentó una crisis de ansiedad debido a la alergia al medio de contraste. Cómo este estímulo dependía de la programación de estudios, lo que se hizo, fue llevar a la paciente al mismo lugar dónde se presentó la crisis, después de haber realizado la relajación y nuevamente la imaginación dirigida. La paciente aplicó todo el tiempo la respiración diafragmática, mientras el terapeuta relataba la experiencia de la paciente y las sensaciones de ésta en aquel momento. La paciente mantuvo bajo control la ansiedad.

Sesión 13

Objetivo: que la paciente pueda mantener una conversación con el personal médico y controle su ansiedad, que identifique las distorsiones cognitivas que se presentan en el momento de la consulta y sea capaz de detener los pensamientos automáticos. Revisar las actividades asignadas en casa. Técnica: Detección de pensamiento, búsqueda de evidencia.

Desensibilización 13. Plática con el anesestiólogo

Se aplicó la relajación y se explicó el estímulo. Durante la plática con el médico, se manifestó el desorden de pensamiento (típico de su trastorno obsesivo) por lo que se detuvo la plática, se realizaron respiraciones profundas, se organizaron los puntos a

tratar con el médico y se realizó el siguiente intento, en el cual la paciente se mostró más controlada y asertiva.

Sesión 14

Objetivo: mostrar las gráficas, las metas alcanzadas durante la terapia y observar los progresos de la paciente. Revisar las actividades realizadas y la percepción de la paciente en cuanto a los cambios.

Técnica: entrevista

Sesión 15

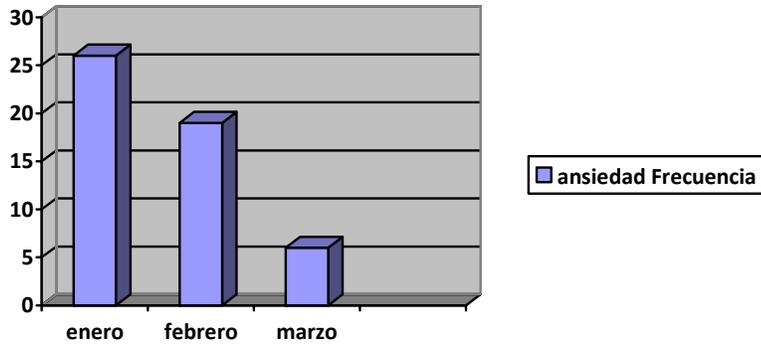
Objetivo: establecer los criterios del seguimiento y especificar instrucciones para en caso de una posible recaída. Revisar las actividades en casa para mantener la ansiedad controlada.

Resultados

La reestructuración cognitiva produjo una disminución de la ansiedad, de 26 crisis que presentó en un inicio (enero), a seis eventos en el mes de marzo. Durante la intervención, se redujo la duración de las crisis en horas (figura 8). A partir de la tercera semana de enero, se registró la duración de las crisis de ansiedad, en una sesión de desensibilización sistemática, se presentó una crisis de 40 minutos. Se observa que la paciente evitaba que realizar las actividades en casa, por medio del enfoque socrático, la paciente era expuesta a la peor consecuencia que podría llegar a suceder, así durante la sesiones se buscaban alternativas, para que en casa ejecutara las tareas y prevenir la crisis de ansiedad. Es importante señalar que debido al TOC, la paciente mantiene las situaciones bajo su control; por lo que se tenía que realizar ensayos cognitivos con todos los panoramas posibles para ella.

Figura 8. Frecuencia y duración de la ansiedad durante la intervención

Eventos de crisis 1



Minutos 1

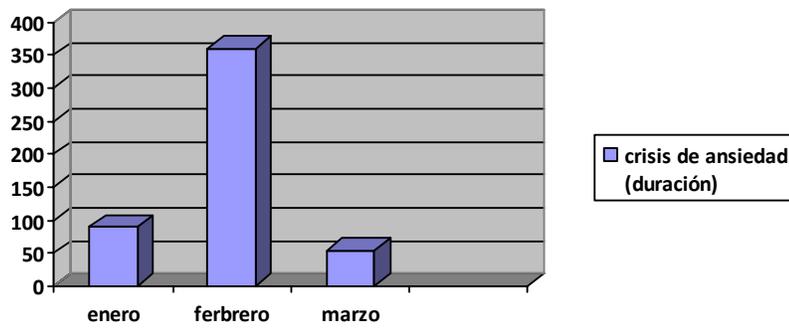
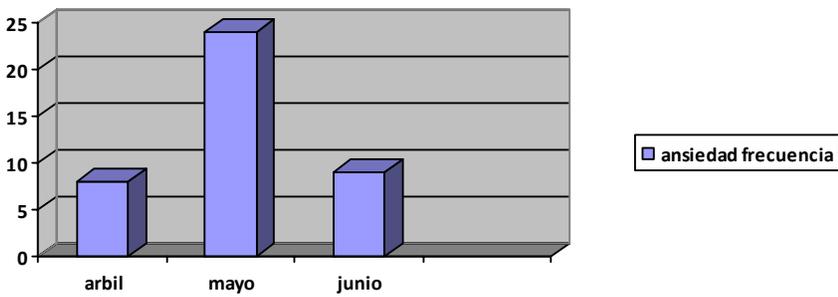
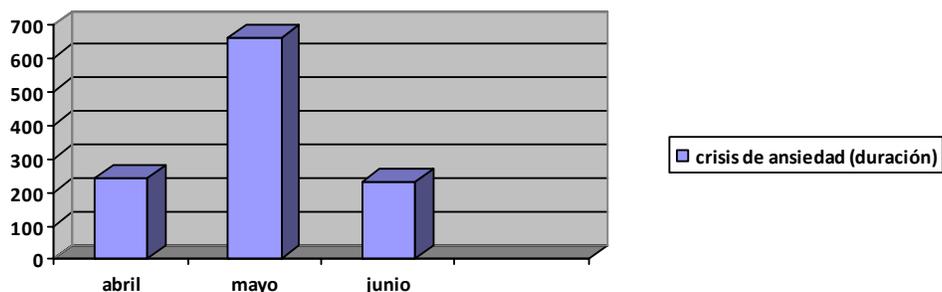


Figura 9. Frecuencia y duración de la ansiedad durante el seguimiento

Eventos de crisis 2



Minutos 3



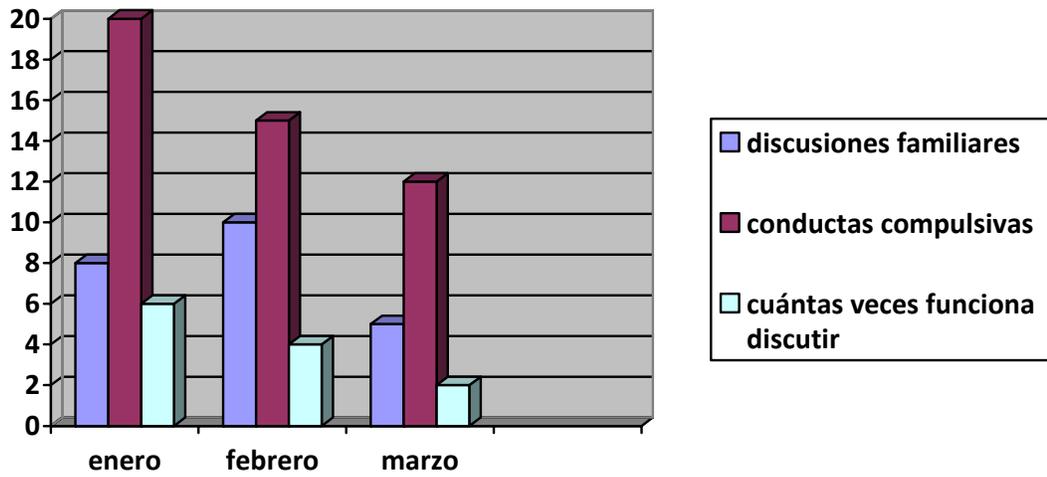
Se observó un incremento de la ansiedad en el mes de febrero, en este tiempo aumentan los conflictos económicos y familiares (recibe el diagnóstico de Ca de un tío) y se detecta que el periodo menstrual generaba pensamientos catastróficos, por lo cual este último no fue considerado una recaída (cuadro 6). Cada mes se prevenían las medidas necesarias al periodo menstrual (incremento en las técnicas de relajación, ejercicio, reforzar las actividad recreativa y la toma del medicamento). Por lo tanto en el mes de marzo, la ansiedad disminuyó de 366 minutos a 55 minutos.

Mediante el enfoque socrático, se destacaron las diferencias entre las situaciones temidas pasadas y actuales, enfatizando las habilidades adquiridas durante la terapia, la paciente adquirió control sobre su ansiedad al anticiparse a la situación más catastrófica (p.ej., recibir el diagnóstico de Ca o que se presente una crisis de ansiedad en la calle), la imaginación proyectada permitió que la paciente ubicara objetivos realistas, sin ser excesiva o sentir miedo si no controla todas las variables; la finalidad es saber cómo modificar la situación amenazante en una más tolerable.

En el transcurso de la intervención se incrementaron las estrategias de afrontamiento de la paciente y la asertividad. Las discusiones familiares no disminuyeron en un porcentaje significativo; sin embargo, la paciente ahora mantiene una comunicación asertiva con sus hijos, las gráficas muestran que su asertividad se incrementó durante la intervención, sin embargo, durante el seguimiento de junio la comunicación asertiva bajó aún más que al inicio de la terapia, en contraste las discusiones se han incrementado en mismo porcentaje que la asertividad (figura 10). Al disminuir las conductas compulsivas de orden, limpieza y control sobre los miembros de la familia, disminuyeron las discusiones con los hijos y se incrementaron los límites en la dinámica familiar. La tolerancia se mantuvo en el mismo nivel, solo durante los meses de febrero y mayo se incrementó en un diez por ciento.

Figura 10. Registro de conductas a disminuir durante la intervención

Número de eventos 1



Número de eventos 2

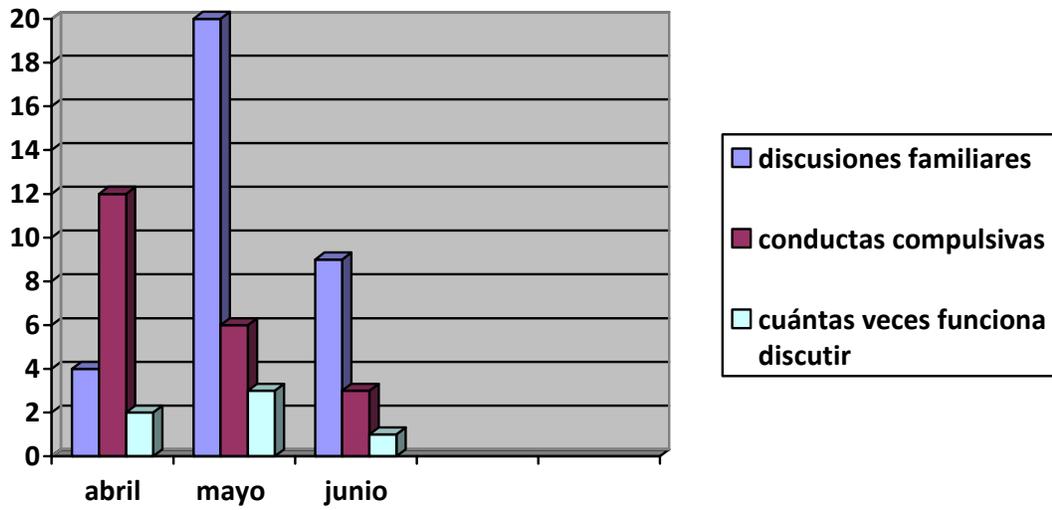
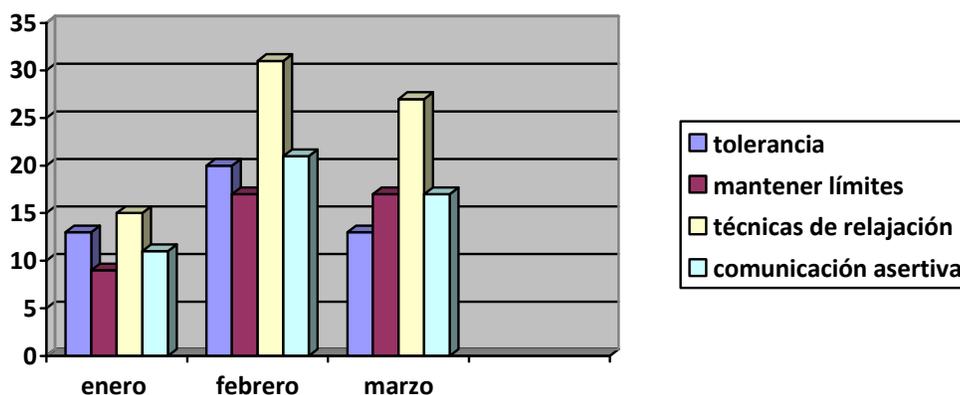
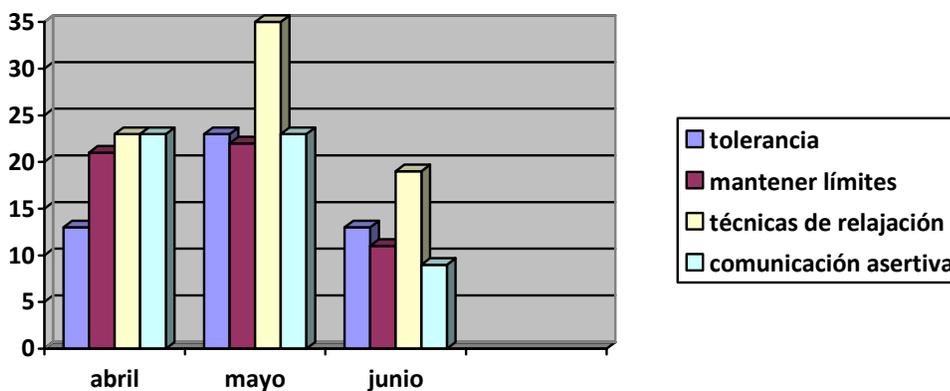


Figura 11. Registro de conductas a incrementar durante la intervención

Número de eventos 3



Número de eventos 4



Los resultados que se observaron mediante la reestructuración cognitiva fueron: un decremento en las ideas irracionales, pensamiento estructurado en un principio y orden, ideas concretas y expresión de frases simples en su discurso. Disminución en las conductas compulsivas. La eficacia de la reestructuración cognitiva permite que los niveles de ansiedad disminuyan de un episodio a tres episodios por semana, con una duración de veinte a diez minutos. Obteniendo en un mes la duración máxima de 55 minutos con cinco episodios.

En cuanto a la segunda parte de la intervención cognitivo conductual, la desensibilización sistemática, se logró un control de la fobia y de pensamientos alrededor de ésta, la conducta de evitación fue reducida, cabe mencionar que a última exposición no fue completada, debido a la renuencia de la paciente. La jerarquía equiparada con la relajación permitió que la paciente tolerara las situaciones ansiosas dentro del instituto; por lo cual se pudo avanzar al siguiente constructo jerárquico.

DISCUSIÓN

Se encontró durante la intervención cognitivo conductual un incremento en la comunicación asertiva y en el establecimiento de límites, al mismo tiempo que se observa una disminución en las discusiones familiares.

En el seguimiento se observa una elevación en las discusiones familiares en los meses de mayo y junio, y en contraste, se incrementan la comunicación asertiva y los límites, sin embargo, se observa que el discutir no le funciona más, pues ha bajado el porcentaje de éstas. Algunas de las discusiones se incrementaron porque la paciente ahora establece límites en sus relaciones, además de controlar sus pensamientos catastróficos y ser asertiva.

Podemos inferir que la terapia es la constante que modifica las conductas, en cuanto la paciente se le da de alta, regresa la ansiedad, no a los primeros niveles que manejaba.

Las técnicas de relajación también incrementan cuándo tiene que afrontar una situación médica, ante discusiones familiares, por lo tanto podemos concluir que las habilidades desarrolladas en la terapia, se mantienen pero no con la persistencia con que se realizaban durante la intervención. Las conductas compulsivas siguen disminuyendo y se mantiene el orden de pensamiento. La ansiedad no se incrementa por temor a la fobia específica, ya que ésta fue controlada en la jerarquía de la desensibilización sistemática, sino a factores externos, como el cambio de país de los hijos, el que la paciente comenzará a trabajar y obtener su propio dinero, la aparición de una nieta. En algún otro estudio podría incrementarse la técnica de solución de problemas, para que la paciente dominara las situaciones que le generan la ansiedad, aunque no sea directamente la involucrada.

CONCLUSIONES

La desensibilización sistemática produjo cambios satisfactorios en la paciente, así como la reestructuración cognitiva crea un orden de pensamiento en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y además disminuyen los episodios de ansiedad debido al debate de ideas irracionales que mantienen la fobia en el instante en que se encuentran sujetos al estímulo aversivo, los pacientes con TOC mantienen rumiación de pensamiento, por lo que es probable que sus fobias sean sostenidas por sus ideas irracionales. Por lo que es importante implementar la reestructuración junto con la desensibilización sistemática o exposiciones según sea el caso.

La desensibilización sistemática incrementó la adherencia a los tratamientos médicos y control de la ansiedad durante procedimientos invasivos, presentando solo una crisis durante una tomografía por alergia al medio de contraste.

Referencias

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of Psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 44.
- Barrera, T. L, Norton P.J (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of anxiety disorders*. 23, 1086, 1089.
- Becker, E. Türke, V., Krause, P., Goodwin, R., et al. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden mental health study. *European psychiatry* 22, 69-74
- Caballo, E. V. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta* (2nd ed.) Madrid. 43, 497, 509, 516, 521-522, 528, 808.
- Caballo, E. V. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. 5, 95-96.
- Caballo, E. V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (2da ed.). Madrid. 19.
- Curtis, G. C., Magee, W., Eaton, W., Witchen, H.V. & Kessler, R. C. (1995). Specific fears and phobias. Epidemiology and classification. *British journal of psychiatry*, 173, 212-217.
- Elsevier. DSM-IV-TR Breviario. Criterios de diagnóstico. (2002). 205, 284.
- Gómez Campederá, R. Jofre, A. Tejedor & J. M. López Gómez. (1994). La primera diálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica. ¿Control de calidad de nuestra atención primaria? *NEFROLOGIA*. Vol. XIV. Núm. 2, 244.
- Harned, M. Dimeff, L. Woodcock, E. Skutch, J. (2010). Overcoming barriers to disseminating exposure therapies for anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial of training methods. *Journal of anxiety disorders*. XXX, 1-3

Hayes, S. C., Strogahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experimental avoidance: a preliminary test of a working model. *The psychological Record*, 54, 553p.

Kessler, R. C., Berglund, P., Denler, O., Jin, R., Merikangan, K.R., &Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593-602

Macía, D. y Méndez, F.(1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M. A. Simón. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (cap. VIII).

Magee, W. J., Eaton, W., Witchen, h. McGonagle, K. A., & Kesseler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of general psychiatry*, 53, 159

Manos, R. Cahill, S. Wetterneck, C. Conelea, C. Ross, A., & Riemann, B. (2010). The impact of experiential avoidance and obsessive beliefs on obsessive-compulsive symptoms in a severe clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 24. 700-701, 707.

Lipton, M. Brewin, C. Linke, S. Halperin, J. (2010). Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 24, 816-817, 819-821

Remor, E. Arranz, Pilar. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. 409-410: Descleé de brouwer.

Reynoso, L. Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México. 12.

Rodebaugh, T. Heimberg, R. Schultz, Luke. Blackmore, Michelle. (2010). The moderated effects of video feedback for social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 24, 663-664

Safren, S.(2000). Life-steps: applying cognitive behavioural therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and behavioural practice*, 6, 333-334.

- Siev, J. Huppert, J. Chambless, D. (2010). Obsessive-compulsive disorder is associated with less of a distinction between specific acts of omission and commission. *Journal of anxiety disorders*. 24, 893, 898.
- Sigström, R. Svante, Ö. Björn, K. Margda, W. Deborah, G. & Ingmar, Skoog. (2010). A population-based study on phobic fears and DSM-IV specific phobia in 70-year olds. *Journal of anxiety disorders*. XXX, 1,3,5
- Soo-Jin, K. Bung-Nyun, K. Soo-Churl, C. Jae-Won, K. Min-Sup, S. Hee-Jung, Y. & Hyo-Won, K. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 24, 629-630, 632-633.
- Trumpf, J. Becker, E. Noortje, V. Andrea & M. Jürgen, M. (2009). Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: A prospective community study. *Journal of anxiety disorders*. 23, 958-959,961,963.
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la salud*. 46 -47. México: Mc Graw Hill.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A (1966). Behavior therapy techniques. A guide to the treatment of neuroses. 54, 66, 96: Pergamon press.

Agradecimientos

“Quisiera cortar las ramas de allí, contemplar lo que he hecho... Abarcar de una mirada la obra del espíritu humano y animar los inmensos espacios conquistados para establecer en ellos infinitas moradas”. (Goethe, Fausto).

Si se me diera la oportunidad de regresar el tiempo, volvería elegir el camino a la maestría, ha sido una gran experiencia que encierra un crecimiento profesional y personal. Se me ha dado la oportunidad de no solo ser espectadora sino de ser protagonista y conocer la vida desde diferentes perspectivas, desde el dolor hasta la esperanza. Por esto quiero compartir un poco de mi experiencia en estas líneas, un poco... porque la enseñanza es mucha y el espacio corto para contar lo de estos años. He aprendido a valorar la salud, a entender que ningún problema es problema... sino el problema es la magnitud con que se está viviendo, por más pequeño que pueda parecer... no deja de ser importante para quién lo está sintiendo.

Empezaré agradeciendo a mis padres, a Justo, a mis tíos que son el principal incentivo para lograr las metas cuando me siento derrotada, cuando la esperanza está por abandonarme, el lugar donde me refugio para comenzar de nuevo; porque sé que ante las adversidades siempre están ahí. Gracias por tratar de entender mi ausencia en éste tiempo. Porque ahora he comprendido que mi maestría fue un crecimiento para ambas partes y quiero reconocerles su esfuerzo por atravesar por estos cambios conmigo a pesar del miedo que pudo haber generado, al final lo importante es que logre la meta y la comparto con ustedes.

En el trayecto he encontrado personas que me han dejado importantes enseñanzas, algunas se han ido y con otras se han formado lazos que probablemente continúen con los años, Faby ¡Mi amiga inseparable! Con ella no solo se hizo una alianza profesional, sino una complicidad con un solo lenguaje de confianza y tranquilidad.

De algo estoy segura, en la vida uno se tropieza con grandes maestros... maestros del dolor, de enseñanza y de esperanza. Maestros que ven el potencial escondido y con diferentes técnicas expositivas convierten una piedra en un diamante. Yo tropecé con tres maestros: Judith González, Leonardo Reynoso y Rebeca Sánchez, ellos vieron el brillo en mí. Rebeca me enseñó a adueñarme de mi espacio terapéutico, desde abrir la puerta del consultorio con seguridad hasta el desenvolvimiento escénico con el paciente; habilidades indispensables para un terapeuta. Leonardo... no le simpatiza el psicoanálisis y qué creen... yo venía de esa corriente, sin embargo; me dio el beneficio de la duda. Con paciencia y credibilidad sacó la

conductual que llevaba adentro, dejando en el olvido las instancias psíquicas y los argumentos interpretativos. La Dra. González... ¡Ese si fue un encuentro planeado por el destino! Por una asignación de rotación se ha formado un lazo afectivo y profesional inquebrantable. Me ha enseñado no solo de psiquiatría, protocolos institucionales, diferencias entre especialidades médicas y sus rasgos de personalidad; sino también de asertividad ante la adversidad profesional, me ha instruido para compaginar y detectar la fina línea entre lo personal y lo profesional, pero principalmente amar al Instituto.

Pero éste sueño no habría comenzado sin esa voz de “pepe-grillo”, sin mi principal mentora, quién fue la persona que me descubrió, sin esperar nada a cambio me brindó un espacio. Con dedicación me instruyó, me llevó durante éste proceso y aún continúa enseñándome; Araceli, gracias porque sin ti no habría entrado.

Gracias a todos por su cariño, credibilidad, tolerancia y esfuerzo, porque como dice el poeta, *“... porque dos almas no se cruzan nunca por casualidad”* cada persona, familia, paciente, médico, maestro o compañero, ha tenido un papel importante en mi camino.