



TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Inmaculada Sangiao Novio

inmasangiago@gmail.com

Somatización, evitación, proceso de psicoterapia

RESUMEN

En el presente trabajo se describe el proceso terapéutico en un caso de ansiedad a la enfermedad en un sujeto con preocupaciones en torno a padecer una enfermedad (cáncer, enfermedad neurodegenerativa), múltiples somatizaciones y con un patrón de asistencia a distintos dispositivos en momentos de desbordamiento, con peticiones de pruebas médicas que descarten patologías somáticas y abandono posterior de los seguimientos en la asistencia sanitaria. Presenta historia vital marcada por antecedentes familiares de enfermedades somáticas e historias pasadas y presentes de pérdidas. Existe un grado de interferencia en su vida diaria y en las relaciones familiares, con conflictiva de pareja.

INTRODUCCIÓN

Los temores en relación a la posibilidad de padecer una enfermedad médica son bastante frecuentes en la población general. El diagnóstico de una enfermedad en una persona cercana, la presencia de síntomas físicos inexplicables, recibir algún tipo de información médica o alguna noticia en los medios de comunicación relacionada con la enfermedad, son situaciones que pueden desencadenar pensamientos y sentimientos en torno a la percepción de vulnerabilidad y amenaza a la integridad física. Estas ideas forman un continuo, llegando en uno de los extremos a interferir en la vida diaria del sujeto que presenta este tipo de preocupaciones más hipocondríacas, generando malestar emocional e interfiriendo en el funcionamiento diario del individuo. Suelen implicar un alto coste sanitario y un despliegue de recursos desde los servicios de salud en general. Algunos autores hablan más que de preocupaciones hipocondríacas, de una tendencia relativamente estable a tener este tipo de preocupaciones que conformarían un patrón estable de personalidad que se conformaría a lo largo del desarrollo del individuo (Barsky, A. J., Geringer, E. y Wool, C., 1988). Las experiencias a lo largo de la vida con situaciones de enfermedad de allegados también tendrían una importancia en la formación de este tipo de preocupaciones (Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. Y. y Cleary, P. D., 1994).

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Además este tipo de preocupaciones suelen ir asociadas a depresión, ansiedad y otras manifestaciones de malestar emocional, por lo que en determinados estudios se habla de los tratamientos empíricamente validados y de la importancia de adaptar los componentes psicoterapéuticos a cada caso particular, dada la variabilidad de expresiones que adopta dicho malestar (Clark, D. M. y Salkovskis, P. M., 1999).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Varón de 47 años, casado, con dos hijos (hijo de 15 años e hija de 9 años). Derivado por su médico de atención primaria por presentar "crisis de ansiedad" en consulta. Trabaja como profesor de formación profesional y es diplomado en Ingeniería técnica industrial. Su pareja trabaja como enfermera.

Inicia seguimiento especializado a los 18 años de edad, en consulta de psiquiatría privada por clínica ansiosa y preocupación por padecer una enfermedad somática. Antecedentes de tratamiento psicológico y psicofarmacológico en unidad de salud mental, con ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica a la edad de 20 años, refiere que por "depresión". Múltiples diagnósticos anteriores: Trastorno de personalidad obsesivo, trastorno por somatización, trastorno hipocondríaco. No tiene antecedentes quirúrgicos de interés, ni antecedentes personales somáticos. Se mantiene en seguimiento durante unos años abandonando el tratamiento por no notar mejoría. La evolución desde los inicios es irregular, alternando períodos de estabilidad con otros en los que aumenta la clínica ansiosa y depresiva y miedo a padecer una enfermedad.

En el 2015 retoma consultas en unidad de salud mental. Presenta múltiples molestias somáticas y preocupaciones recurrentes entorno a su salud: vértigos, mareos, náuseas, temblores, parestesias y pérdida de equilibrio, hormigueos, epigastralgias, alteración del sueño, intranquilidad la mayor parte del tiempo, con interferencia en sus relaciones familiares,... por lo que tras acudir a urgencias es derivado a neurología, donde recibe la siguiente información: "alteraciones cerebrales que sugieren calcificaciones/depósitos férricos". Esto le preocupó, pues le dijeron que podría tratarse de una enfermedad neurodegenerativa, aunque había que realizar más pruebas que finalmente descartaron patología alguna.

Posee una historia marcada por la enfermedad de familiares y allegados: padre fallece de cáncer de hígado (historia de alcoholismo) cuando él tiene 24 años, prima fallecida de cáncer, fallecimiento de amigo con 10 años de forma inesperada, fallecimiento de su suegra (cáncer hace 2 años), fallecimiento de su suegro (tumor cerebral hace 8 años), un primo de su mujer en proceso de enfermedad terminal.

Marcada autoexigencia en el trabajo, perfeccionismo (retraso en la entrega de trabajos porque no paraba de corregir cosas), y en el pasado presencia de obsesiones y rituales.

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por su médico de atención primaria. En el momento en el que acude a consulta de psicología clínica refiere que desde hace dos semanas se ha reincorporado al trabajo después de un período de baja laboral. Durante esta primera consulta refiere que lleva unos meses de baja a raíz de problemas de lumbalgia. Durante esos meses se mantiene sin actividad, en reposo debido a dolor de espalda. Es una persona activa, que siempre está haciendo cosas (sobre todo tareas de carpintería) y dedica muchas horas al trabajo. No refiere obsesiones ni rituales en la actualidad (sí en el pasado).

En estos momentos ha aumentado la ansiedad dado que en la actualidad "tiene que recuperar trabajo atrasado y tiene dificultades para organizarse". Dice que desde siempre existen épocas en las que su ansiedad aumenta y lo relaciona con épocas en las que tiene más trabajo (presentación de proyectos, exámenes, relaciones difíciles en el trabajo). En estos momentos cree que la reincorporación al trabajo, el hecho de que tenga que dedicar más tiempo al mismo y el tiempo en el que ha estado de baja (con lo cual ha tenido más tiempo para pensar sobre la enfermedad, síntomas,... dado que no ha tenido la posibilidad de estar distraído con actividades) le influyen en la sintomatología ansiosa que presenta.

Presenta conductas de evitación (distracción, evitación de diferentes situaciones que le desencadenen respuesta de ansiedad: médicos, noticias,...) y un patrón de evitación tanto cognitivo como conductual de dicha experiencia. En otras épocas ha interrumpido tratamientos y visitas médicas y tratamiento psicológico por el malestar generado y por la evitación que presenta de dichas situaciones.

Pide ayuda en este momento para gestionar la ansiedad, en estos momentos se ve incapaz de "gestionar sólo esta situación" y en cuanto a su objetivo terapéutico cuando le pregunto en que le gustaría que le ayudase refiere que "acudir a las citas médicas y al centro médico sin sufrir crisis de ansiedad". Alta ansiedad en primera consulta al explicar cómo los pensamientos en torno a la muerte y enfermedad (no consigue decir esas palabras). Miedo con respecto a sufrir "crisis de ansiedad" en consulta, con la consiguiente sensación de "pérdida de control".

OBJETIVOS

- Redefinición de objetivos terapéuticos y expectativas con respecto a la terapia, dado que presenta altas expectativas con respecto a la terapia: número de sesiones.
- Exposición a situaciones ansiógenas. El propio contexto terapéutico es una fuente de malestar y existe abandono de procesos psicoterapéuticos anteriores.
- Abordaje de experiencias pasadas en la relación a la muerte y procesos de enfermedad, elaboración de lo sucedido y los duelos en su historia vital.
- Exposición con prevención de respuesta, prevención de conductas de asistencia a servicios buscando tranquilización con respecto a no padecer una enfermedad.

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

- Manejo de situaciones que generan ansiedad.
- Favorecer autonomía, toma de decisiones con respecto a aspectos de su vida.
- Trabajar conflicto subyacente en relación problemática de pareja, ayuda en la relación con los hijos.

INTERVENCIÓN

El propio contexto de consulta se convierte en situación ansiógena para él por lo que se gradúa el nivel de exposición, se explica la exposición incidiendo en que no se darán ningún paso en el que no esté de acuerdo previo trabajo en consulta de cierta tolerancia a ansiedad. Explicación de mantenimiento del problema a través del patrón de acudir a dispositivos en salud mental, atención primaria y especializada, urgencias,... para calmar ansiedad, como forma de comprobar que no padece una enfermedad. Creencia por parte del sujeto de no tener una enfermedad, pero la ansiedad experimentada hace que acuda a diferentes servicios buscando precisamente calmar la ansiedad.

En estas semanas refiere aumento de ansiedad y pensamientos en torno a la enfermedad en respuesta a estímulos como programa de televisión, noticia periódico,... con desencadenamiento de pensamientos recurrentes de enfermedad, comienza a chequear, ver signos de que tiene esa enfermedad, sensaciones,... Evita según él estos estímulos y la respuesta de ansiedad con actividad física intensa que impida pensamientos.

Refiere 4 episodios de ansiedad que describe como "incontrolables", que refiere como crisis de angustia: realizando TAC, en dos ocasiones en consulta de médico de familia (relacionando síntomas con interpretación de tener un cáncer de próstata y en otra identifica ampollas en la boca que identifica con cáncer).

Progresivamente va siendo más sencillo acudir a consulta y relatar pensamientos obsesivos generadores de ansiedad y estímulos desencadenante de pensamientos (que siempre finalizan en torno a pensamientos sobre la muerte) y de la evitación que realiza (actividad física) para que la respuesta de ansiedad no se produzca.

Hablamos de importancia de realizar seguimientos, acudir a las citas (tanto psicología como médicas) y no respondiendo únicamente a la función de calmar la ansiedad (como forma de comprobar que no le pasa nada y disminuir la ansiedad). Establecemos la similitud entre estos "rituales" y otros rituales realizados en otros momentos de su vida (rituales de comprobación). Pido que piense en cómo solucionó su problema en otras ocasiones, qué le ayudó. Se explica exposición y el papel de la evitación en el mantenimiento del problema. Pido lista de situaciones a afrontar, insistiendo en que los pasos los decide él, previa exposición a pensamientos en consulta.

Insatisfacción laboral y sensación de pérdida de tiempo por haberse implicado en el trabajo durante muchos. Se plantea realizar cosas que había dejado de lado por dedicación casi exclusiva a su trabajo.

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Se plantea en algún momento pedir un cambio a otro centro educativo. El próximo curso se plantea dedicar menos tiempo a la realización de proyectos y de otras actividades realizadas en el centro que hasta ahora le han supuesto una gran fuente de estrés a la vez que le servían de evasión de pensamientos de tipo obsesivo. Se plantea objetivos: no asumir más carga laboral, no incluirse en nuevos proyectos,...

Durante muchos años se ha dedicado al trabajo por lo que se plantea retomar actividades con su familia como forma de encontrar un hueco en el sistema familiar, continuar en una actividad a la que se ha apuntado con su hijo, pasar más tiempo con su hija,...

Se propone elaboración de línea de vida y pide realizarla en consulta. Recuerda cómo tratan la muerte sus familiares, de pequeño ya tenía miedo de quedarse dormido por la creencia de que no se iba a despertar y uno de los primeros acontecimientos que recuerda es traumático (muerte de un amigo de forma inesperada). Realiza la línea de vida en consulta dado que "no se ve capaz de realizarla fuera de consulta". Se comienza a trabajar en consulta tolerancia a ciertas emociones y trabajamos con recuerdos de situaciones más recientes (por lo tanto menos ansiógenas) que ha vivido y que provocan en consulta cierta angustia con EMDR, relacionadas con consultas médicas de su hija, con consultas médicas propias,... Propongo en siguientes consultas trabajar recuerdos de otras situaciones que siguen generando malestar (trabajaré en otras sesiones experiencias vitales y de fallecimientos familiares). Trabajamos en consulta recuerdos de infancia relacionados con la muerte y la enfermedad y acordamos seguir trabajando en esta línea a la vez que se plantea cambios en su vida, sobre todo en lo que tiene que ver con el ámbito laboral y estrategias de afrontamiento evitativo de distintas situaciones.

Trabajo con exposición en consulta a síntomas, tolerancia a determinadas emociones, con la sensación de pérdida de control y temor a ataque de pánico en consulta con EMDR. Planteamos además rutina de ejercicio físico y continuar los fines de semana realizando actividad de ocio con su hijo.

Cuando pregunto qué necesitaría para indicar una mínima mejoría, refiere no acudir a un médico o a urgencias cuando tiene ansiedad para tranquilizarse. Entiende que eso es un refuerzo negativo de la ansiedad y mantiene el problema, pero cree que es algo complicado para él. Comenzamos a espaciar el tiempo desde que aparece el malestar y las visitas médicas. Continúo con exposición a pensamientos y sensaciones de angustia. Explico la función que cumple el "chequeo de síntomas" como confirmación de sus hipótesis y aumento de malestar. Planteo prevención de conductas de acudir al médico para tranquilizarse. En cuanto al manejo de dicha ansiedad, ha manejado la situación sin recurrir al médico, no fue necesario acudir a un profesional. Sorprendido de la forma en la que está afrontando dichos acontecimientos. Quiere seguir trabajando afrontamiento de situaciones de ansiedad, por lo que se refuerzan los logros alcanzados. Planteo continuar actividades y ejercicio físico.

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Cada vez más facilidad para elaborar estas historias como parte de su historia vital. En su familia no se podía hablar de la muerte ni de los procesos de enfermedad. Hablamos de la idea de control sobre situaciones que se escapan de su control, sobre la muerte y sentimiento de soledad.

Empieza a verbalizar un conflicto con su pareja (su pareja entiende su conducta como llamadas de atención) y ella llega a plantear la idea de separarse, conflicto que él podía anticipar pero no era capaz de verbalizar hasta el momento ("no quería verlo" "si no hablo del problema no existe") y de la significación que tiene en lo que le ha estado sucediendo. Hablamos de lo que implica no verbalizar esos problemas, de la relación con cómo se encuentra y las quejas físicas.

CONCLUSIONES

El paciente es derivado por su médico de atención primaria. Hay que reformular los objetivos, convertirlo en una demanda propia. Habla en la primera sesión de que su mujer quiere que venga a consulta, sin embargo no va a participar en las sesiones, tardará en poder hablar de la existencia de un conflicto de pareja. Se percibe una situación de posible conflicto de pareja dada la interferencia que puede suponer los síntomas a nivel relacional y en la repercusión que tiene ese conflicto en los síntomas que presenta. Al inicio de las consultas, dada la evitación y ansiedad que presenta y a la historia de abandono de tratamientos por lo que planteo ir poco a poco estableciendo objetivos pequeños con él. Se explora cómo ha sido su experiencia anterior. Al inicio se plantean con el objetivos y se propone que sea él el que decida los pasos seguir, sobre todo en lo que respecta a la exposición. Va planteando los objetivos en cuanto se ve capaz de ir afrontando diferentes situaciones. En una de las últimas sesiones a la que acude, refiere pensar que tener una crisis de ansiedad supone una vuelta atrás en terapia ("una recaída"). Se plantea que el problema no es tener una crisis de ansiedad, sino lo que le supone a él esas crisis: dejar de realizar cosas por temor a tener un nuevo episodio, evitar muchas cosas en su vida con la consiguiente idea de malestar, que no está haciendo nada con su vida, sensación de "pérdida de tiempo", angustia porque "se le termina el tiempo". A medida que transcurren las sesiones se trabajan las expectativas ("pensaba que venía 5 veces y ya se me pasaba"). Durante este tiempo los cambios que se producen son pequeños, pero los va planteando en la medida en que se ve capaz de ir afrontándolos. No existen en la actualidad visitas médicas en momentos de ansiedad y necesidad de acudir para tranquilizarse (en las últimas consultas refiere haber afrontado sin necesidad de ir al médico). Se trabaja la situación de conflicto de pareja y la anticipación de ruptura. Es un tema que durante las sesiones se intenta abordar con él y que él no quiere hablar (al igual que trabajar al principio las situaciones de duelo o enfermedad, porque "no se ve capaz de poder hablar sobre ello"). Respeto su ritmo y el que vaya planteando qué y cuándo trabajar. El patrón de afrontamiento de las situaciones es la evitación, "si no hablo del problema no existe".

TEMOR EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Tiene la experiencia de que en otros momentos de su vida no fue capaz de afrontar la pérdida de figuras importantes para él y necesitó un ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica (lo que refuerza la sensación de pérdida de control). En la última sesión es él el que me informa del conflicto con su pareja y habla de cómo influye esto en los síntomas físicos que presenta y en el conflicto que supone para él no verbalizar lo que está sucediendo.

Se enfatiza la importancia de emplear tratamientos empíricamente validados adaptándolos a cada caso particular y en función de necesidades de los sujetos a través de todo el proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Barsky, A. J., Geringer, E. y Wool, C. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry, Vol.10*, 322-327.

Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. Y. Cleary, P. D. (1994). Histories childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry, Vol.155*, 3, 397-401.

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema, 13*, 465-478.

Botella, C. y Martínez Narváez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. En: Caballo, V. (dir). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (vol.1)*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Clark, D. M. y Salkovskis, P. M. (1999). Psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry, Vol. 174*, 367-368.

Cantalejo, G. C. (1996). La hipocondría: revisión teórica desde una perspectiva psiconalítica. *Apuntes de Psicología, nº48*, 73-82.

Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive behavioural approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy, Vol. 24*, nº5, 597-602.