

Abordaje terapéutico ante síntomas propios de un Trastorno de Ansiedad Generalizada

Bolet, L **; Ruiz, L. **; Infante, E.*

*Universidad de Sevilla

**Asociación Centro Forhum

Resumen

Presentamos un caso en el que una paciente de 25 años de edad, I. R, muestra síntomas típicos de un Trastorno de Ansiedad Generalizada; se trata de una joven cuyas preocupaciones cotidianas son expresadas como rumiaciones cognitivas continuas, unidas a un estado de nerviosismo intermitente así como la sensación subjetiva de mareos constantes (cuya base biológica y médica ha sido descartada a través de numerosas pruebas médicas), interfieren en su vida diaria de modo patológico. A nivel familiar I.R, se ha formado en una familia en que la figura paterna ha estado ausente desde su nacimiento, siendo éste el motivo por el cual presenta una dependencia emocional férrea hacia su madre y abuela. La ausencia paterna ha provocado su total desconfianza hacia el sexo masculino, provocando el fracaso de sus relaciones sentimentales presentes hasta el momento. Esta última es la causa que mueve a la paciente a acudir a consulta, aquejada de una ansiedad continuada, expresada por ella misma como “sensación de nudo en la garganta y pensamientos incontrolables”, presente en todos los contextos en los que se desarrolla: familiar, laboral, social y sobre todo sentimental. En cuanto al tratamiento llevado a cabo con nuestra paciente, se ha centrado en tres grandes pilares: (1) Terapia Racional Emotiva- Conductual (Albert Ellis, 1958), centrada en la identificación y modificación de los constantes pensamientos irracionales de I.R, (2) Técnicas de control de la activación fijando nuestra atención en la Relajación Progresiva (Jacobson, 1929) , Entrenamiento Autógeno (Schultz, 1932) y (3) Estrategias de afrontamiento de problemas, cuyo objetivo era desarrollar la autonomía de la paciente para que pudiera identificar, definir y afrontar los problemas diarios y sus soluciones. El resultado de nuestro tratamiento a medio plazo fue positivo sobre todo a nivel social y familiar.

Palabras claves: Trastorno de Ansiedad Generalizada; rumiaciones cognitivas; Terapia Racional Emotiva- Conductual; técnicas de control de la activación y estrategias de afrontamiento.

Therapeutic approach to symptoms of Generalized Anxiety Disorder

Abstract

We present a case in which a 25 years old, I.R, showing typical symptoms of Generalized Anxiety Disorder; it is a young woman whose daily concerns are expressed as continuous cognitive ruminations, coupled with a state of nervousness and intermittent subjective sensation of dizziness constant (whose biological and medical basis has been ruled out through numerous medical tests), interfere in her daily life so pathological. At the household level I.R, is formed in a family where the father figure has been absent from birth, this being the reason why iron has an emotional dependence toward her mother and grandmother. Paternal absence has caused his total distrust of the male, causing the failure of their present romantic relationships so far. The latter is the cause that moves the patient to go psychological consultation, complaining of continuing anxiety expressed by it herself as "feeling of lump in throat and racing thoughts", present in all the contexts in which violence occurs: family, labor, social and above all sentimental. Regarding the treatment conducted with our patient, has focused on three main pillars: (1) Rational Emotive Behavioral Therapy (Albert Ellis, 1958), focused on identifying and modifying irrational thoughts constant I.R, (2) Control Techniques Activation focusing our attention on the Progressive Relaxation (Jacobson, 1929) and Autogenic Training (Schultz, 1932) and (3) Strategies for coping with problems, which aimed to develop the autonomy of the patient so that he could identify defining and dealing with everyday issues and solutions. The result of our medium-term treatment was mostly positive social and family level.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, cognitive ruminations; Therapy Rational Emotive Behavioral, techniques for controlling the activation and coping strategies.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

I.R de 25 años de edad, acude a consulta aquejada de rumiaciones cognitivas persistentes, mareos continuos e incapacidad para mantener la mente en blanco. Describe que es incapaz de estar relajada la mayor parte del tiempo y cómo esta situación está afectando a todas las parcelas de su vida.

A través de una entrevista semiestructurada conocemos poco a poco las características personales de esta paciente. Centrándonos en cuatro contextos de su desarrollo: familiar, sentimental, social y profesional.

En primer lugar, *contexto familiar*: ha crecido en una familia monoparental donde la figura del padre ha estado ausente desde su nacimiento, tiene una hermana mayor independizada, y actualmente vive con su madre. Narra la ausencia de su padre como un hecho normal, como una figura ausente en su vida y dado que ha sido así, no tienen el menor interés de conocer ni tener la menor relación con él. En cuanto a la relación con su madre la describe como muy estrecha, donde la sobreprotección por parte de ella ha sido el eje central. Sus abuelos han sido muy importantes en su desarrollo dado que ha participado de forma muy activa en su educación, I.R relaciona la figura paterna a su abuelo materno.

Pero para entender bien nuestro caso debemos analizar la relación ausente de nuestra paciente con su padre, a pesar que desde su nacimiento sus padres se separaron y no tuvo contacto alguno con su padre, muestra rencor y desconfianza hacia el sexo masculino todo ello causado por el abandono de su padre y la relación inexistente con el mismo. Todo ello ha afectado a I.R a *nivel sentimental* de forma muy negativa, narra como en sus 25 años ha tenido dos relaciones importantes: la primera en la que sólo contaba con 18 años cuando comenzó la relación y con el que estuvo 5 años. Esta primera relación marcó de forma muy significativa a nuestra paciente, según nos cuenta esta relación estuvo marcada por la total entrega de ella a su novio, dando todo por él y abandonando su propia vida, lo más importante para ella era él sin pensar en sus propias necesidades e intereses, deja los estudios para dedicar todo el tiempo a su novio, se descuida físicamente y solo le motiva hacer feliz a su pareja. Él por su parte padece desequilibrios emocionales y todo ello afecta a su relación con fuertes altibajos. Es él quien decide dejar la relación causando ella un fuerte impacto y provocando que durante los dos años una periodo marcado por la tristeza y la desesperanza y donde lo único que

le mantiene a flote según sus propias palabras es el apoyo de su madre y hermana. Nuestra paciente narra como es incapaz de ser feliz por ella misma siempre debe apoyarse (de forma patológica) a alguien, llegando al extremo de desarrollar una fuerte dependencia emocional hacia la otra persona y donde ella pasa a tener un papel secundario en su propia vida. Su segunda relación y la más reciente le motiva a acudir a consulta, comienza una relación con un compañero de trabajo con pareja y donde ella no se siente de valorada y donde es él de nuevo el que le deja sin motivo aparente. Es en este punto cuando nuestra paciente comienza a desarrollar síntomas propios de una ansiedad y preocupación excesiva. Se siente agobiada, donde el nerviosismo y la fatiga son ejes presentes en su estado, manifiesta una gran dificultad para dejar su mente en blanco y donde la preocupación por el estado de su ex pareja se va forjando como una obsesión, caracterizada por continuos pensamientos en él, llamadas de teléfono, mensajes por redes sociales... todo ello para controlar a éste.

A *nivel social*, I.R, es una persona sociable y con interés en conocer a gente nueva, su tiempo libre lo intenta dedicar a salir con amigos, pero nos cuenta como ese tiempo que debería ser de relax y tranquilidad, no consigue eliminar esos pensamientos negativos que la invaden y le hacen estar en constante estado de nerviosismo, pensamiento tales como: “¿qué estará haciendo?...¿Con quién?...va a pensar que soy muy pesada...no he sido importante para él...me estoy agobiando...no puedo dejar de pensar en él...creo que me voy a marear... Todos ellos invaden su mente y no dejan de estar presente en la mayoría de actividades diarias, provocando en ella una preocupación desorbitada, inquietud, tensión muscular en cuello y espalda.

Por último a *nivel profesional*, realiza un trabajo monótono y poco motivante, pero ella lo ve como una manera de mantener la mente ocupada y no pensar en esos pensamientos que antes mencionábamos y como una fuente importante de ingresos.

De vital importancia es mencionar que la paciente muestra mareos constantes ante esos pensamiento que según cuenta “invaden mi cabeza”, en la búsqueda de una respuesta a nivel biológico I.R se realiza constantes pruebas medicas sin que encuentren una respuesta a nivel corporal a sus mareos, y es por ello que mantiene de forma consciente que éstos son provocados por sus constantes pensamientos negativos y en alguno de los casos irracionales.

A continuación presentamos de forma gráfica el modelo de actuación de nuestra paciente, en su vida diaria:

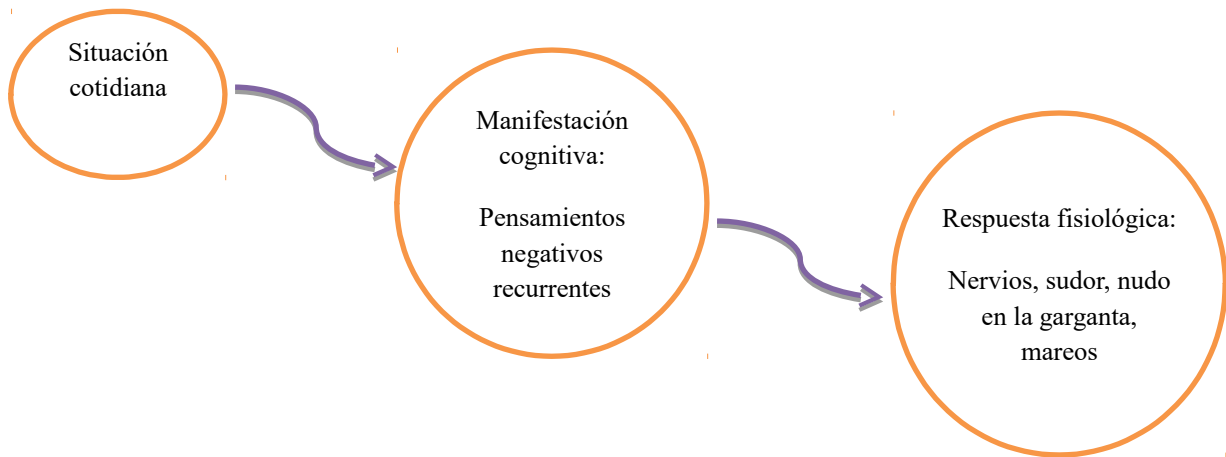


Figura 1. Modelo de actuación de I.R

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Una vez conocida las necesidades de nuestra paciente a través de un análisis pormenorizado de su historia personal y síntomas presentes, los objetivos de nuestro tratamiento son:

Controlar y modificar sus pensamientos negativos

Modificar la respuesta ansiosa por otra incompatible (relajación)

Enseñar estrategias de resolución de problemas

Mejorar la autoestima y el autoconcepto

Lograr autonomía personal

TRATAMIENTO

Primera fase

En esta primera etapa, nuestro principal objetivo es el establecimiento de una buena relación terapeuta-paciente, creando un clima propicio para que la paciente logre expresar sin miedos todo lo que le preocupa, siente y padece en cada momento. Como primera toma de contacto hacemos uso de una prueba proyectiva como es el *test del árbol*, utilizado en primer término por Emil Jucker (1894 – 1966), donde a partir del análisis y la interpretación del dibujo podemos trazar los rasgos de personalidad de I.R.

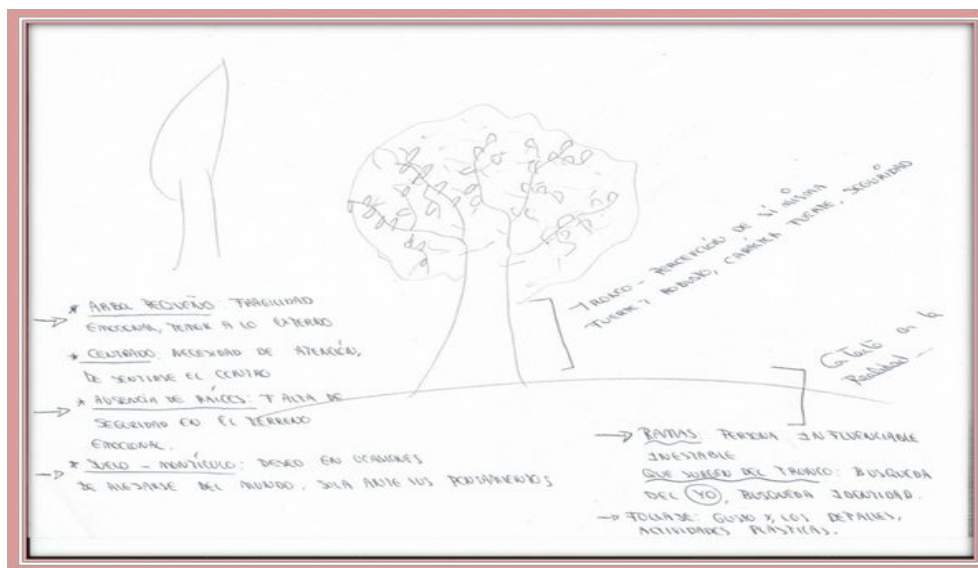


Figura 2. Test del árbol de I.R

Analizando de forma más detallada esta prueba:

- **Árbol pequeño:** denota una fragilidad emocional latente, así como un temor hacia lo extraño y novedoso.
- **Árbol centrado:** muestra la necesidad de atención de todos los que les rodea y de la que ha estado desprovista sobre todo en sus relaciones sentimentales, descrito anteriormente.
- **Ausencia de raíces:** hace pensar en una falta de seguridad en el terreno emocional.
- **Suelo con un pequeño montículo:** nuestra paciente desea en ocasiones alejarse del mundo, centrarse sólo en sus pensamientos (muy frecuente en I.R)
- **Forma de las ramas:** delata una persona muy influenciada e inestable, así como la búsqueda del Yo y su identidad.
- **Follaje:** es una persona que se centra mucho en los detalles, le gustan

mucho las actividades plásticas y creativas (tiene una gran pasión por la fotografía).

Siguiendo con una evaluación inicial de nuestra paciente, le autoadministramos el *Inventario de indicadores de tensión y ansiedad de Cautela y Upper (1977)*, que tiene como objetivo conocer los síntomas que presenta el paciente en situaciones donde según ellos mismos muestran un gran estado de ansiedad y nerviosismo. A través del mismo observamos que I.R muestra tensión en la frente, hombros y estómago, su piel fría y húmeda, así como la sensación de nudo en la garganta. Estos síntomas aparecen en cualquier situación, precedidos de pensamientos negativos e irracionales sobre su reciente desengaño amoroso.

Además para conocer la capacidad de I.R a resistir las situaciones estresantes le pedimos que cumplimentara el *Cuestionario de CVE (Common Vulnerabilities and Exposures) del Centro Médico de la Universidad de Boston*, según el resultado del mismo nuestra paciente muestra una gran vulnerabilidad al estrés, descrita como la poca resistencia a resolver situaciones sin caer en el estrés, mostrando ansiedad y escaso control ante situaciones cotidianas. Con una puntuación, como observamos en la siguiente figura de 32 puntos.

CVE
Centro Médico de la Universidad de Boston, EEUU

Conteste a cada una de las siguientes frases indicando el número que mejor indique su situación personal, siguiendo la escala de frecuencia temporal que se muestra.

(1) Casi siempre (2) Frecuentemente (3) Ocasionalmente (4) Casi nunca (5) Nunca

1. Tengo al menos una comida equilibrada y caliente en el día (2)
2. Duermo entre 7 y 8 horas al menos 4 noches a la semana (1)
3. Regularmente, entrego y recibo afecto (4)
4. Vivo a menos de 110 km. de un familiar en el que confiar (1)
5. Al menos dos veces semanales, realizo algún ejercicio que me hace sudar (5)
6. Fumo menos de medio paquete de cigarrillos al día (1)
7. Tomo menos de 5 bebidas alcohólicas a la semana (4)
8. Estoy en mi peso ideal según mi altura (4)
9. Tengo unos ingresos que me permiten satisfacer mis necesidades básicas (4)
10. Obtengo fuerza de mis creencias religiosas (4)
11. Regularmente asisto a actividades sociales o de grupos (3)
12. Posco una red de amigos y conocidos (3)
13. Tengo uno o dos amigos en los que confiar mis asuntos (1)
14. Soy capaz de hablar de mis sentimientos cuando estoy enfadado o preocupado (4)
15. Mantengo conversaciones domésticas con las personas con las que vivo (4)
16. Realizo algo por mera diversión al menos una vez a la semana (2)
17. Tengo buena salud (3)
18. Soy capaz de organizar mi tiempo con efectividad (3)
19. Bebo menos de tres tazas de bebidas ricas en cafeína al día (4)
- 20 Me tomo un tiempo de relax para mí durante el día (2)

Resultados: A la SUMA se le resta 20 y se interpreta teniendo en cuenta lo siguiente: (1) menos de 10 puntos = Excelente resistencia al estrés; (2) más de 30 puntos Vulnerabilidad al estrés, y (3) más de 50 puntos = Alta vulnerabilidad al estrés.

T = 52

TOTAL = 52 - 20 = 32

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

Poca resistencia a resolver situaciones sin caer en el estrés. Poca resistencia a la ansiedad y escaso control.

Figura 3. Cuestionario de CVE de I.R

Segunda fase

Tras una primera fase de evaluación inicial, en esta segunda, basamos el tratamiento en tres grandes pilares:

- *Terapia Racional Emotiva- Conductual (Albert Ellis, 1958)*; el síntoma más claro que presenta nuestra paciente son los pensamientos negativos en situaciones cotidianas de su vida diaria, éstos actúan como estímulos activadores provocando en ella respuestas fisiológicas patológicas (ver figura1.). Esta terapia se centra en la identificación y posterior modificación de los pensamientos negativos del paciente, ayudando por ende a controlar la ansiedad ante las situaciones desencadenantes.

Para ello pedimos a I.R que anotara después de una situación ansiosa los pensamientos que se le presentaban, tales como: “no valgo nada”, “me dejó mi novio porque no soy lo suficiente buena”, “Nadie me querrá nunca”...

Una vez registrados, a través de la técnica de *Diálogo Socrático*, caracterizado por efectuar una serie de preguntas alrededor de un tema o idea central y responder las otras preguntas que aparezcan haciendo ver al paciente lo “absurdo” de su idea, pudiendo así cambiarla junto con el terapeuta por otra positiva y racional. Una vez realizada una lista de pensamientos positivos, se le pide a la paciente que los memorice o anote en una agenda o libreta para ponerlos en práctica en la situación ansiosa, es decir, a modo de autoinstrucciones verbalizarlos para obtener una respuesta opuesta a la ansiedad, y eliminando con ello esos pensamientos irracionales que tanto daño ejercían en ella. Esta terapia requiso de bastantes entrenamientos tanto en consulta como a modo de ejercicios para casa, por parte del paciente, dado que es muy difícil en este tipo de pacientes con tanta ansiedad, eliminar esas verbalizaciones o pensamientos incontrolados e irracionales.

- Técnicas de control de la activación :
Relajación Progresiva (Jacobson, 1929), está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular, por ello es importante que el paciente sea consciente de los niveles de tensión que experimenta en cada parte de tu cuerpo a través de los ejercicios de tensión – relajación. Sin duda fue muy difícil poner en práctica este tipo de ejercicios con nuestra paciente, dado que como comentamos con anterioridad le costaba mucho conseguir dejar la mente en blanco, por ello debimos ensayar previamente ejercicios progresivos de imaginación inducida, cada vez iba aumentando en tiempo, primero

comenzamos con sesiones de 10 minutos donde centrábamos la relajación en una parte del cuerpo, por ejemplo cuello y cara, efectuando ejercicios de tensión-distensión, seguidos de otros 10 minutos de *Imaginación inducida* donde se trataba de evocar a nuestra paciente paisajes idílicos que evocaran en ella relajación y tranquilidad. Así progresivamente le motivábamos para que practicara en casa ayudada de música relajante y un ambiente tranquilo y sosegado, al menos una vez al día para poco a poco ir mitigando ese estado de tensión casi permanente en el día.

Para seguir consiguiendo que I.R. mostrara mejoría y consiguiera tener técnicas reducir su ansiedad también pusimos en práctica el *Entrenamiento Autógeno* (Schultz, 1932), cuya finalidad es inducir al paciente diferentes sensaciones en su propio cuerpo, tales como frío o calor, haciendo centrar su atención en éstas y no en el estado incontrolado de ansiedad. Debemos señalar que utilizamos las tres técnicas descritas, resultando más eficaz la imaginación inducida, dado que con ella era la que conseguíamos mayor nivel de abstracción. Observábamos si las técnicas surtían efecto, gracias a una escala tipo likert (0-10, donde 0 es nada de ansiedad y 10 es la máxima ansiedad) administrada antes y después de la técnica de relajación, para observar si habíamos conseguido reducir el estado de inquietud y nerviosismo de la paciente.

- *Estrategias de afrontamiento de problemas Lazarus y Folkman (1986)*, a través de las mismas tratamos de seguir un mismo esquema de actuación ante los problemas cotidianos que se le pudiera presentar a I.R., así siguiendo siempre esos mismos pasos, evitaríamos generarle ansiedad o al menos reducirla, ya que siempre sabría que hacer:

Definición del problema: ¿En qué consiste?,

Valoración del problema: ¿Qué implica?, ¿Cómo me afecta?

Búsqueda de soluciones : Enumerar una lista de soluciones

Elección de una solución: Pros y Contras

Resultados de la puesta en marcha de la solución elegida: ¿Qué consecuencias he tenido? ¿Ha sido favorable? En caso negativo comenzar desde el principio.

Fue muy bien aceptado por la paciente, poniéndolo en práctica en su vida diaria.

A todas las técnicas antes descritas se le sumaron ejercicios continuos de mejora de la autoestima, haciendo ver todos los valores y cualidades que tiene I.R tanto a nivel físico como psíquico.

RESULTADOS, SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO

El tratamiento con I.R fue muy difícil al principio, ya que se mostraba reacia a llevar a cabo ejercicios más allá de la sesiones en consulta, a través de la buena relación paciente-terapéutica forjada poco a poco, conseguimos que se tomara en serio el tratamiento mandando siempre ejercicios para casa basadas en las técnicas descritas con anterioridad.

Conseguimos que a corto plazo y de forma progresiva consiguiera acomodarse y llevar a cabo ejercicios continuos de relajación y respiración, consiguiendo que al menos redujera el nivel de ansiedad en situaciones cotidianas tales como en las actividades del trabajo, en las reuniones con amigos...

Además de ello I.R tomó conciencia de esos pensamientos negativos que “inundaban su mente” modificándolos por otros racionales y adaptativos a cada situación. Ello mejoró por ende su autoestima, muy dañada por las relaciones conflictivas con sus exparejas. Y la adaptación a situaciones que antes del tratamiento eran insostenibles para ella, pudiendo a corto plazo llegar a soportarlas sin evitarlas.

Su mejoría se ha observado sobre todo a nivel familiar y social, reduciendo ese estado continuo de ansiedad en estos contextos de forma considerable, pero es sin duda en el contexto sentimental donde queda mucho trabajo por hacer, ya que son estas situaciones y relaciones las que provocan en ella mayores respuestas de ansiedad y nerviosismo descontrolado.

De vital mención, es la necesidad del ensayo de forma continuada por parte del paciente de todas estas técnicas, ya que sin su colaboración no sería posible la extrapolación de

las mismas del contexto terapéutico a la vida cotidiana del mismo y por ende sus beneficios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Estrategias de afrontamiento... (Recurso electrónico). Extraído el 1 de Octubre del 2012. Disponible en: URL: <http://www.actualpsico.com/formas-de-afrontar-las-adversidades-estrategias-de-afrontamiento/>

Labrador, F.J. (2008). Técnicas de control de la activación. En F.J Labrador (Coord.), Técnicas de modificación de conducta (pp. 199-223). Madrid: Pirámide.

Terapia Racional Emotiva- Conductual (Albert Ellis, 1958)... (Recurso electrónico). Extraído el 3 de Septiembre del 2012. Disponible en: URL: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Test del árbol... (Recurso electrónico). Extraído el 8 de Septiembre del 2012. Disponible en URL: <http://publishing.yudu.com/Freedom/Ao2mv/TestdelArbol/resources/5.htm>