

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián, 2011

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Libro de capítulos del IX Congreso Nacional de
Psicología Clínica



Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

Edita:

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Avda. Madrid, S/N, Edif. Eurobequer Bajo, 18012 Granada.
Tel: +34 958 273460.

Fax: +34 958 296053.

eMail: info@aepec.es.

Web: <http://www.aepec.es>.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-694-3972-2



TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA O PÁNICO EN UNA ADOLESCENTE: CONTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA EN UN CASO CLÍNICO

Paulo José Costa¹ y Sandra Margarida Santos

Hospital Santo André, EPE - Serviço de Pediatria (Leiria, Portugal)

Introducción

Este caso clínico fue seguido en el ámbito de la Consulta de Psicología Clínica del Servicio de Pediatría de un Hospital de distrito, de una adolescente con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad y Pánico asociado a Fobia Específica a Automóviles y Vehículos de Urgencias. De acuerdo con diversos autores (Rapee, Wignall, Hudson y Schniering, 2000), los disturbios de ansiedad serán, muy probablemente, los trastornos con mayor incidencia en niños y adolescentes. De acuerdo con los diferentes autores, esta condición se asienta normalmente en la dependencia emocional fomentada generalmente por la madre, y que incapacita al niño/adolescente a tener autonomía. Los trastornos de ansiedad, no siendo tratados de forma adecuada y a tiempo en la infancia y adolescencia, se relacionan con el desarrollo de diversas perturbaciones emocionales en la edad adulta. Este caso pretende exponer la utilización de los procedimientos hipnóticos integrados en un protocolo clínico de intervención psicológica, de acuerdo con el Modelo Clínico para la Integración Psicológica de la Hipnosis - MCIPH (Pires y Ludeña, 2009). Este caso revela dificultades en el tratamiento con adolescentes, por las características desarrolladas que presentan, y falta de involucración adecuada por parte de la familia, ilustrando aún, la aplicación del protocolo terapéutico cognitivo-conductual utilizado, recurriendo a técnicas de exposición, desactivación emocional y de técnicas o procedimientos hipnóticos. Un protocolo con aplicación de la hipnosis clínica (junto con otras técnicas de intervención terapéuticas empíricamente validadas en el campo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes), contribuye a la superación de algunos obstáculos al comienzo, así como para intensificar la eficiencia y éxito de la terapia.

Presentación del caso y descripción de las conductas problema

El paciente F.D.S.N. es una niña adolescente de 13 años, estudiante. Asiste al 7º grado y vive con su madre, padre y su hermano. Su residencia se sitúa en Leiria – Portugal y acude a nuestra consulta por miedo intenso y excesivo de viajar en coche, de ser golpeada o de que algo malo va a pasar en estas circunstancias. Su miedo se intensificó y se extendió a otros vehículos, como la ambulancia y el camión de bomberos. El comienzo y desarrollo de dificultades se ocurrió dos meses antes, cuando F. hizo un viaje en ambulancia al Hospital Pediátrico de Coimbra, para llevar a cabo un examen neurológico ante la imposibilidad de realización en el Hospital de Leiria. Este viaje constituyó un episodio traumático, ya que el vehículo estaba obsoleto y anticuado, incluso con problemas mecánicos durante el viaje (con paradas en la carretera y autovía). Ese episodio desarrolló un gran temor y ansiedad / pánico, llevó a miedo condicionado y fóbico a ambulancias y propició temor generalizado de viajar en coche. Más tarde ha evolucionado hacia episodios de aparente desequilibrio/ pérdida del tono en las extremidades inferiores, ataques de pánico y ansiedad extrema. F. aparece en la consulta de psicología acompañada por su madre. Presenta un aspecto cuidado y

¹ Paulo José Costa. E-mail: paulojosecosta@gmail.com

apropiado para el contexto, la edad y su situación socio-económico. En la entrevista conductual demostró actitud de colaboración. A veces en las respuestas había un lapso de tiempo grande, la participación era monosilábica. Su postura era retraída y el contacto visual momentáneo, hablaba claro, coherente, con recurso a *slang* específico de su grupo de edad y voz percibida. En su relato el problema se objetiva como *el temor de sufrir un accidente o ser golpeada*, por el que experimenta altos niveles de ansiedad generalizada y pánico. Todavía, está poco motivada para hacer el tratamiento (puntuación 3 en escala subjetiva de 0-10). Señala que su desmotivación para el cambio no depende de sí misma, apoyándose excesivamente en su madre, padre y hermano. F. presenta las siguientes alteraciones en su estado fisiológico: agitación psicomotora, dolores de cabeza y latido del corazón rápido. A nivel cognitivo muestra pensamientos como “*y si el coche se estrella*”, “*y si llega la ambulancia para mí*” o “*y si algo me pasa a mí*”. A nivel emocional siente ansiedad severa y a nivel conductual expresa llanto. Como respuestas motoras se verifica que F. sostiene la puerta del coche, se niega a dejar el coche y/o viajar en autobús, se apoya en la madre y su hermano para viajar y para escuchar música en el coche. Estas dificultades interfieren en las diferentes áreas de su vida incluyendo las actividades de la escuela como: dificultad para concentrarse en clase, bajo rendimiento escolar y denegación a participar en los viajes escolares. A nivel interpersonal se verificaba tendencia al aislamiento y consecuente carencia de amigos. A nivel de hogar eran frecuentes los comentarios despectivos de su madre y hermano. Su madre se encarga de llevar a F. a la escuela en coche mientras su hermano la acompaña a la puerta de la escuela hasta que se tranquilice.

Objetivos del tratamiento y directrices sobre la intervención

Con base en lo expuesto hemos formulado el diagnóstico de [300.29] Fobia Específica [F40.2] de tipo situacional: evitación fóbica de vehículos - **Criterio A:** temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, provocado por la presencia o anticipación de situaciones como viajar en coche/ ver a una ambulancia; **Criterio B:** la anticipación y la exposición a los coches y/ o ambulancias causa una respuesta inmediata de ansiedad: - estado fisiológico: agitación psicomotora, dolores de cabeza, taquicardia; - nivel cognitivo: “*el temor de sufrir un accidente*” y pensamientos como “*y si el coche se estrella*”, “*y si la ambulancia llega para mí*” o “*y si algo me pasa a mí*”; - nivel emocional: se siente muy ansiosa; **Criterio C:** no reconoce que su miedo es excesivo o irracional. **Criterio D:** evita viajar en algunos vehículos de carretera y se enfrenta a los viajes diarios en coche con malestar intenso y altos niveles de ansiedad. **Criterio E:** la evitación, la anticipación de ansiedad y de malestar tienen interferencias significativas en su rutina diaria. Las dificultades conllevan consecuencias negativas para su vida. **Criterio F:** F. es menor de 18 años, y su interrupción dura más de 6 meses. **Criterio G:** La ansiedad y la evitación fóbica se relacionan con la posibilidad de morir, por lo que no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV-TR, 2002). Como factores de mantenimiento de sus dificultades se han registrado la auto-observación de las sensaciones corporales negativas y manutención de conductas de busca de seguridad (utiliza la ayuda de su hermano y su madre para dejar el coche; no se acerca a ambulancias). Como factores cognitivos reveló pensamientos negativos con respecto a que algo malo puede suceder si se viaja en coche/ ambulancia. Ocurrió modelaje negativo de sus padres y evitaciones conductuales: evita viajar en coche/ autobús y ver/ escuchar ambulancias; se niega a viajar con otro conductor (distinto de sus progenitores). Como errores en el procesamiento de la información puede subrayarse que F. posee sobregeneralización - generalización de los síntomas y catastrofismo de las sensaciones corporales que experimenta.

El análisis funcional realizado nos permitió establecer como objetivos terapéuticos los siguientes aspectos: 1) Viajar en coche sin cualquier controlador; 2) Entrar/ salir de coche/ autobús adecuadamente – afrontamiento activo; 3) Ver ambulancias/ camiones de bomberos cómodamente – reinterpretación y reorganización cognitiva; 4) Desaparición de síntomas de ansiedad/ pánico – desactivación de la respuesta autonómica y su control. Como estrategias terapéuticas se seleccionarán los siguientes directrices de intervención: A) Establecimiento de una relación terapéutica basada en la aceptación y la colaboración con el terapeuta, para promover la participación de F. en la terapia; B) Explicación del Modelo Cognitivo-Conductual para la ansiedad; C) Psicoeducación acerca de la ansiedad, explicando a F. la naturaleza de la respuesta de ansiedad y cómo se manifiesta: *i*) diferenciación entre ansiedad normal y patológica; *ii*) identificación de los componentes de la respuesta de ansiedad; *iii*) distinción entre el peligro y las molestias de la ansiedad; *iv*) explicación de la aparición habitual de una respuesta de ansiedad; *v*) identificación de los factores de mantenimiento de la ansiedad extrema (hipervigilancia y autocontrol de las sensaciones corporales; *vi*) evitación de experiencias y mantenimiento de conductas de seguridad. El terapeuta adoptó la discusión de consecuencias a largo plazo de tal comportamiento y el fomento de su eliminación. Asimismo se intentó proveer prioridad a las situaciones ansiogéneas y con recurso a exposición gradual y sistemática para la reestructuración de las interpretaciones catastróficas, a fin de refutar las creencias erróneas acerca de la peligrosidad de los síntomas de ansiedad. Adicionalmente, se realizó la promoción de normas de comportamiento y estrategias de fortalecimiento y *shapping* después de los comportamientos deseados. Se realizó entrenamiento de ejercicios de respiración y relajación, (entrenamiento en Consulta, durante y después de la exposición *in vivo* y en imaginación). Por otra parte, se reveló muy oportuna la introducción de ***Técnicas de Inducción Hipnótica***.

Resultados

Se verificarán beneficios terapéuticos con el recurso a las técnicas y procedimientos hipnóticos, ya que las sugerencias provocarán un “*efecto sorpresa*”, favoreciendo la evocación de automatismos que generarán la percepción de mudanza (con poco esfuerzo/ sufrimiento/ mal-estar psicológico). Simultáneamente, esos procedimientos conllevarán a que F. comprobase una alteración de las expectativas reveladas en el comienzo de la terapia, ante la incapacidad de tener en su cuerpo/ mente los automatismos necesarios para el favorecimiento de la adhesión terapéutica y promoción de la motivación para la mudanza, criando una perspectiva positiva hacia el futuro. Por último, propició el mantenimiento y la generalización de los beneficios terapéuticos alcanzados, potenciando la prevención de recaídas. En este contexto se utilizarán sugerencias centradas en: 1) El éxito de la Terapia; 2) Fortalecimiento del “Yo”; 3) Aumento de la capacidad de alcanzar los objetivos; 4) Modificación de aspectos subjetivos, favoreciendo sensaciones de relajamiento y autocontrol; 5) Focalización de la atención; 6) Metáforas visando mudanza de actitudes con relación a su problemática y de incremento de la seguridad y auto-estima y de prevención de recaídas (Shultz, 1991). Con el recurso a las diferentes técnicas terapéuticas utilizadas, se ha verificado que F. ha cambiado la actitud hipervigilante, refractaria y poco acogedora para las estrategias presentadas. En el curso de la terapia se verificó la remisión de los síntomas de ansiedad patológica y pánico. Después de la introducción de la hipnosis, la paciente ha colaborado y se unió a las propuestas del terapeuta. Creemos que la inclusión de las técnicas hipnóticas en el protocolo de intervención psicológica ha contribuido para superar algunas dificultades iniciales en la

implementación de algunas técnicas más aversivas, (aumentando su eficiencia y eficacia).

Referencias

- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pires, C. L. y Ludeña, M. A. (2009). Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose. En C. L. Pires y E. J. R. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 219-231). Psicosoma: Viseu.
- Rapee, R.M., Wignall, A., Hudson, J. y Schniering, C.A. (2000). Understanding and Treatment of Anxiety in Children. En Rapee, R.M., Wignall, A., Hudson, J. y Schniering, C.A., *Treating Anxious Children and Adolescents: An Evidence-Based Approach* (pp. 28-45). Oakland: New Harbinger Publications.
- Schultz, J. R. (1991). Hypnosis and Anxiety in Children. En Webster, C.W. y O'Grady, D.J., *Clinical Hypnosis with Children* (pp. 113-133). New York: Brunner/ Mazel, Inc.