

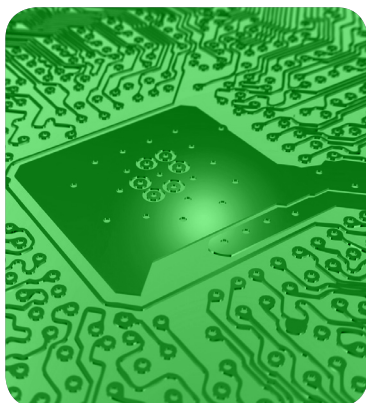
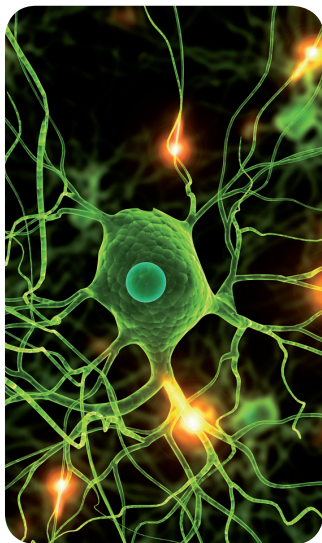
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 15-16

Psicología General
Sanitaria



excelencia Campus Internacional
UAM
CSIC+



**Intervención
psicológica en un
caso de fobia
al tratamiento
dental con síntomas
de ansiedad y bajo
estado de ánimo**
Isabel Jurkowska



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE FOBIA AL TRATAMIENTO DENTAL CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y BAJO ESTADO DE ÁNIMO

Isabel Jurkowska

Tutor: José Santacreu Más

Modalidad 1: Estudio de un caso clínico.

Máster en Psicología General Sanitaria

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid

Con la colaboración de AVANCE, Centro de Psicología Aplicada

Curso 2015/2016

Índice

Resumen/Abstract.....	1
1. Introducción.....	2
2. Presentación del caso.....	13
2.1. Datos identificativos.....	13
2.2. Motivo de consulta.....	13
2.3. Estrategias de evaluación.....	14
2.4. Historia del problema.....	16
2.5. Análisis funcional del caso.....	19
2.5.1. Hipótesis de origen.....	19
2.5.2. Hipótesis de mantenimiento.....	20
2.6. Diagnóstico.....	23
3. Diseño.....	24
4. Intervención.....	25
4.1. Objetivos terapéuticos.....	25
4.2. Estrategias de intervención.....	26
4.3. Aplicación del tratamiento.....	29
5. Resultados.....	32
5.1. Análisis cuantitativo.....	33
5.2. Análisis cualitativo.....	40
6. Discusión y conclusiones.....	42
Referencias.....	46

Resumen

Se describe el caso de una paciente que presenta una enfermedad dental grave con una historia de fobia al tratamiento dental. Asimismo, presenta un trastorno de adaptación, con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo, que se traduce en la aparición de sintomatología ansiosa y bajo estado de ánimo ante ese evento estresante. Se realizó una evaluación mediante entrevistas, la historia biográfica propia del centro, auto-registros y cuestionarios estandarizados (SCL-90, BDI-II, STAI, EHS y Cuestionario de estilo cognitivo). La evaluación evidencia la existencia de importante sintomatología ansiosa y depresiva, presencia de ideas irracionales, así como un déficit de asertividad en situaciones de desacuerdo con otros. Los objetivos del tratamiento se centraron en la reducción de esta sintomatología en los diversos ámbitos en los que se evidenciaba, según el análisis funcional planteado. La intervención se realizó en 11 sesiones a lo largo de 5 meses. Se aplicaron técnicas de exposición en vivo, psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, biblioterapia, entrenamiento en asertividad y activación conductual. Los resultados muestran la eficacia del tratamiento, cumpliéndose todos los objetivos planteados.

Abstract

It is described the case of a patient who presents a serious dental disease and a phobia history to dental treatments. Additionally, the patient presents an adjustment disorder with mixed anxiety and depressive mood that turns into the appearance of anxious symptomatology and low mood faced with that new stressful event. It was done an evaluation by interviews, the centre's own biographic history, self-reports and standardised questionnaires (SCL-90, BDI-II, STAI, EHS and cognitive style questionnaire). This evaluation shows the existence of an important anxious and depressive symptomatology, the presence of irrational ideas, and also assertiveness impairment in situations of disagreement with others. The treatment objectives were focused on the reduction of this symptomatology in different fields where it was showed according to the planned functional analysis. The intervention was carried out in 11 sessions during 5 months. Different techniques were applied: in vivo exposure, psychoeducation, cognitive restructuring, progressive relaxation training, self-instructions, bibliotherapy, assertiveness training and behavioural activation. The results show the treatment effectiveness with all planned objectives achieved.

1. Introducción.

El objetivo de este trabajo es presentar un estudio de caso único, exponiendo la evaluación y el tratamiento psicológico de una paciente que presenta miedo ante el tratamiento dental acompañado de síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo. De acuerdo a la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2014), se aplicarían los diagnósticos de fobia específica al tratamiento dental y trastorno de adaptación agudo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.

El DSM-5 (APA, 2014) establece que la característica principal de la fobia específica es la existencia de un miedo o ansiedad ante objetos o situaciones claramente identificables, que pueden denominarse estímulos fóbicos. La respuesta debe diferenciarse de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población, por lo que el miedo o ansiedad deben ser graves. La intensidad de la respuesta de la persona puede variar en función de la proximidad al estímulo fóbico y puede ocurrir ante su anticipación o en su presencia real. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata, aunque puede variar en intensidad según las características contextuales. Ante esta respuesta de ansiedad la persona evita activamente la situación o estímulo temido, aunque si no puede o decide no evitarla, la situación u objeto evocan un intenso miedo. Además, el miedo o ansiedad son desproporcionados en relación al peligro real que supone esa situación u objeto, o más intensos de lo necesario.

El miedo, la ansiedad o las conductas de evitación deben ser persistentes, con una duración de 6 meses o más, con el objetivo de distinguirlos de los temores transitorios. Además, para su diagnóstico, es necesario que la fobia específica cause un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de actividad.

Existen varios subtipos de fobia específica en función del estímulo fóbico que genera la respuesta de ansiedad: animal, entorno natural, sangre-inyección-herida, situacional y otra, en el caso de que el estímulo fóbico no se ajuste a ninguna de las categorías específicas. Es común que la ansiedad se dispare ante diversos tipos de estímulos y aproximadamente el 75% de las personas con fobia específica temen a más

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

de una situación u objeto. Además, la fobia específica se asocia frecuentemente con una amplia variedad de otros trastornos (APA, 2014).

En el estudio epidemiológico europeo de los trastornos mentales realizado en seis países encuentran una prevalencia vital de la fobia específica en la población general del 7,7% (4,9% en hombres y 10,3% en mujeres) y una prevalencia anual del 3,5% (1,9% en hombre y un 5% en mujeres) (Alonso et al., 2004). Por otro lado, Fredrikson, Annas, Fischer y Wik (1996) encuentran una prevalencia puntual de una o más fobias específicas del 19,9%; un 26,5% en el caso de las mujeres y un 12,4% para los hombres. Esto parece indicar que las mujeres se ven afectadas en mayor medida que los hombres, con una proporción aproximada de 2:1, aunque la tasa varía en función de los diferentes estímulos fóbicos.

En el estudio de salud mental de Dresden (Becker et al., 2007) se estima una prevalencia vital de las fobias específicas de un 12,8% entre una muestra de mujeres jóvenes. En cuanto a los subtipos, las fobias específicas a los animales eran las más frecuentes (4,3%), seguidas de las fobias situacionales (1,9%), de las que la más frecuente fue la fobia a conducir (0,9%). En tercer lugar, se encontraban las fobias tipo sangre-inyección-herida, con una prevalencia del 1,8%. Las menos frecuentes fueron las fobias a vomitar y al contagio de enfermedades, con una prevalencia del 0,1%.

En cuanto a la distribución por edades, la prevalencia fluctúa entre un 5% en los niños y un 16% entre los de 13 a 17 años de edad. Las tasas de prevalencia son más bajas entre las personas mayores (aproximadamente un 3-5%), lo que parece reflejar el curso del trastorno y la disminución de su gravedad con la edad hasta niveles subclínicos (APA, 2014). Grenier et al. (2011) comparan la prevalencia de las fobias específicas y los miedos subclínicos en una muestra de personas mayores y encuentran una prevalencia anual de 2% y 8,7% respectivamente. Los miedos situacionales y relacionados con el entorno natural fueron los más frecuentes.

Con respecto al tratamiento psicológico de la fobia específica, se han estudiado diferentes aproximaciones (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers y Telch, 2008).

Por un lado, se encuentran los tratamientos de exposición en sus diferentes modalidades. De esta forma, se diferencia entre la exposición en vivo, en la que los pacientes entran en contacto directo con el estímulo fóbico; la exposición en

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

imaginación, en la que la persona se imagina que se pone en contacto con los estímulos que teme; y la desensibilización sistemática, en la que la exposición en imaginación al estímulo fóbico se acompaña de un entrenamiento en relajación muscular progresiva. Asimismo, la exposición puede realizarse a través de la realidad virtual, en la que el paciente debe enfrentarse a una representación del estímulo fóbico generada de manera informática con el objetivo de que tenga sensación de estar presente en la situación.

Por último, se incluyen entre los tratamientos de exposición los basados en desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) desarrollados originalmente por Shapiro (1989) para el tratamiento de los trastornos de estrés post-traumático (TEPT). El procedimiento consiste en que el paciente se centre en una imagen, recuerdo, emoción o pensamiento que le cause malestar mientras el terapeuta mueve un dedo delante de su campo visual y el paciente sigue con sus ojos el movimiento del dedo. El objetivo es cambiar los pensamientos relacionados con el trauma desde una perspectiva negativa hasta una más positiva. Pese a que los creadores de esta técnica consideran que es una modalidad única de tratamiento, la terapia contiene indudablemente la exposición como un elemento central. De hecho, algunos han argumentado que los efectos de esta técnica se pueden atribuir completamente al componente de exposición en imaginación (Pitman et al., 1996; Renfrey y Spates, 1994).

En el caso de las fobias a la sangre o las inyecciones se recurre a la utilización de la tensión aplicada como acompañamiento a la exposición, dando instrucciones al paciente de tensar los músculos para aumentar la presión arterial y prevenir los desmayos en función de los estímulos fóbicos.

Por otro lado, también existen aproximaciones alternativas a las terapias de exposición. Entre estas se incluye la terapia cognitiva utilizada de manera aislada o en combinación con las técnicas de exposición. El objetivo es modificar la percepción irracional de amenaza que mantiene la reacción fóbica. Otro tipo de intervención utilizada en las fobias de forma alternativa a la exposición es la relajación muscular progresiva, enseñando a los pacientes a tensar y relajar grupos de músculos específicos para enseñarles a reducir su nivel de activación.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

En un meta-análisis que compara la eficacia de las diferentes técnicas de intervención psicológica en la fobia específica (Wolitzky-Taylor et al., 2008) encuentran que la aplicación de tratamientos psicológicos en la fobia específica es significativamente más efectiva en comparación con un grupo de lista de espera o una condición control sin tratamiento.

Cuando se comparan los tratamientos de exposición con un placebo, se constata su superioridad tanto al final del tratamiento como, de manera más llamativa, en el seguimiento. En cuanto a los tratamientos alternativos a la exposición, también se encuentran diferencias en comparación a una condición de lista de espera. Respecto a la eficacia del placebo, encuentran que tiene un efecto significativo en el tratamiento de la fobia específica y similar al efecto de los tratamientos alternativos a la exposición en comparación con la ausencia de tratamiento. Por último, cuando se comparan directamente los tratamientos alternativos con los tratamientos de exposición, los últimos muestran una mejora superior tanto tras el tratamiento como en el seguimiento.

En referencia a las distintas variantes del tratamiento de exposición, la exposición en vivo muestra un efecto superior en comparación con las otras modalidades al final del tratamiento, aunque las diferencias desaparecen en el seguimiento. Además, no encuentran diferencias en la combinación de la exposición con técnicas cognitivas en comparación con la exposición aplicada de forma aislada.

Los resultados de Wolitzky-Taylor et al. (2008) son consistentes con la revisión cualitativa realizada por Choy, Fyer y Lipsitz (2007), e indican que los tratamientos basados en la exposición son los más potentes y duraderos entre todas las intervenciones evaluadas. Asimismo, aunque los tratamientos alternativos se muestran superiores a la ausencia de tratamiento, su efecto es similar al del placebo, lo que sugiere la posibilidad de que la eficacia de los tratamientos no basados en la exposición sea el resultado de factores inespecíficos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, no existe un tratamiento de elección para las fobias específicas. Los fármacos más utilizados han sido las benzodiazepinas y los beta-bloqueantes. Actualmente existen pocas evidencias del valor terapéutico de añadir fármacos al tratamiento psicológico. Además, la escasa evidencia parece indicar la posibilidad de que el efecto de los fármacos obstaculice el efecto de la exposición al

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

interferir con el proceso de habituación necesario para la eficacia terapéutica (Bonet, 2001).

Por otro lado, la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación. El inicio de la alteración debe comenzar dentro de los 3 meses siguientes a la aparición del estresor. Para su diagnóstico, requiere que los síntomas sean clínicamente significativos, produciendo un malestar intenso y desproporcionado a la gravedad del factor de estrés, o un deterioro significativo de las principales áreas de funcionamiento de la persona. Por otro lado, los síntomas no pueden deberse a la existencia de otro trastorno ni representar una reacción de duelo normal. Una vez que el estresor o sus consecuencias han desaparecido, los síntomas no se mantienen durante más de seis meses (APA, 2014).

Se diferencian seis subtipos: con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, con alteración de la conducta, con alteración mixta de las emociones y la conducta y sin especificar. Asimismo, se distingue entre el trastorno en su forma aguda o persistente, cuando el factor estresante no desaparece y la sintomatología se mantiene durante más de 6 meses.

Sin embargo, pese a la larga historia de este trastorno, la falta de investigación al respecto ha hecho que siga presentando problemas asociados a su clasificación y diagnóstico. Una de las dificultades inherentes al diagnóstico de trastorno de adaptación es que éste se basa principalmente en su etiología (un estresor) y su curso (remisión de los síntomas tras la desaparición del estresor), mientras que en otros trastornos el diagnóstico se basa en la duración y el número de síntomas presentes. Esto implica que su conceptualización es diferente a la de los demás trastornos, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Asimismo, la inexistencia de criterios específicos lo convierte en uno de los diagnósticos más pobremente descritos en el DSM, pese a ser uno de los más comunes (Casey, 2014).

Además, el trastorno de adaptación se considera un trastorno subclínico. Esto implica que tiene características similares a las de algunos trastornos específicos pero no cumple todos los criterios requeridos para su diagnóstico en cuanto a número de síntomas o duración. De forma implícita, esto sugiere la creencia de que es un trastorno

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

leve. Sin embargo, el trastorno de adaptación es el diagnóstico más frecuente entre las personas que presentan intentos autolíticos y más de un 25% de adolescentes con este diagnóstico presentan ideación, amenazas o intentos de suicidio (Pelkonen, Marttunen y Henriksson y Lönnqvist 2005). En el caso de los adultos, se encuentran discrepancias en los porcentajes entre los diferentes estudios que relacionan en trastorno adaptativo con los intentos autolíticos, hallándose valores de entre un 26,8% (Bolu, Doruk, Ak, Özdemir y Özgen, 2012) y hasta un 60% (Kryzhananovskaya y Canterbury, 2001). Estas evidencias no apoyan la idea de que sea un trastorno leve o de poca gravedad.

Los trastornos de adaptación son comunes, aunque su prevalencia varía en función de la población estudiada y los métodos utilizados para evaluarla. En estudios de población general, se han encontrado valores de prevalencia en torno al 1% (Dowrick et al., 1998; Maercker et al., 2012). En un estudio de pacientes admitidos en un servicio de emergencia psiquiátrica, Greenberg, Rosenfeld y Ortega (1995) encuentran que el 7,1% de los adultos y el 34,4% de los adolescentes se ajustan a un diagnóstico de trastorno adaptativo en el momento del ingreso. Entre los pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica pública durante 6 meses, un 9% recibió el diagnóstico de trastorno de adaptación y fue el tercer diagnóstico más frecuente después de los trastornos psicóticos y los trastornos del estado de ánimo (Koran et al., 2002).

Un estudio realizado en servicios de consulta psiquiátrica en siete hospitales de Estados Unidos, Canadá y Australia (Strain et al., 1998), encuentra cifras del 12% de pacientes con trastorno adaptativo, siendo el único diagnóstico aplicable en un 7,8% de los casos y comórbido con otros diagnósticos del eje I o del eje II en un 4,2%. En cuanto a los subtipos, el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido fue el más frecuente.

El diagnóstico de trastorno de adaptación es frecuente entre los pacientes con enfermedades físicas, sobre todo en aquellos diagnosticados de cáncer. En un estudio con pacientes de cáncer de mama intervenidos quirúrgicamente, el trastorno adaptativo fue el diagnóstico más común, con una prevalencia de 7,1% (Mehnert y Koch, 2007). Entre los que sufren la primera recaída tras el diagnóstico la prevalencia aumenta a un 35% (Okamura et al., 2000). En un amplio estudio de meta-análisis, se encuentran cifras de prevalencia de un 15,4% entre los adultos con diversos tipos de cáncer tratados en centros de atención oncológicos, hematológicos y paliativos (Mitchel et al., 2011).

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Los tratamientos psicológicos deben ser preferiblemente breves y se han estudiado, entre otras, la terapia de apoyo, psicoeducacional, cognitiva y psicodinámica aunque no hay consenso sobre cuál es más adecuada (Casey, 2014). Sin embargo, las técnicas cognitivo-conductuales son las más usadas en el tratamiento de los trastornos adaptativos. Las principales técnicas utilizadas han sido, entre otras: técnicas de relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, ejercicios con imágenes mentales y resolución de problemas (Morera y Calvo, 1998).

Casey (2009) afirma que el tratamiento psicológico de los trastornos de adaptación debe tener tres focos principales:

1. Eliminar el estresor. Si es posible se debe intentar eliminar el estresor de la vida de la persona o a la persona del ambiente estresante. Para este objetivo serán de utilidad las técnicas de resolución de problemas, ya que ayudarán a la persona a tomar las decisiones pertinentes.

2. Facilitar la adaptación. En el caso de que el estresor no pueda ser eliminado, técnicas como la psicoeducación, las técnicas de solución de problemas o la reestructuración cognitiva pueden ayudarle a enfrentarlo de manera más adecuada.

3. Alterar la respuesta ante el estresor: reducción de síntomas. Por ejemplo, las técnicas de relajación pueden resultar de utilidad para reducir los síntomas de ansiedad. Igualmente, desarrollar técnicas de afrontamiento de las emociones será de utilidad para evitar que éstas se afronten de manera desadaptativa, como con las autolesiones o los intentos autolíticos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se considera que ocupa un lugar secundario frente a otro tipo de intervenciones, ya que no existen evidencias suficientes de su utilidad. En la práctica, la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos para el tratamiento del trastorno adaptativo se basa en su eficacia en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. El principal objetivo de la farmacoterapia será el alivio de los síntomas, por lo que se debe procurar que se administre la medicación durante un periodo de tiempo limitado (Morera y Calvo, 1998).

Como se ha visto, aunque sí parece existir un tratamiento de elección para la fobia específica, no ocurre lo mismo con el trastorno de adaptación, en el que no existen

evidencias del tratamiento psicológico que resulta más eficaz. Por ello, la aplicación de esta categoría diagnóstica a un paciente no aporta datos para planificar el tratamiento a seguir. De hecho, autores como Timimi (2014) van más allá, y cuestionan la utilidad de todos los diagnósticos psiquiátricos. Afirma que las clasificaciones diagnósticas cuentan con numerosas desventajas: aumentan el estigma, no ayudan a tomar decisiones sobre el tratamiento, se asocian a un empeoramiento en el pronóstico a largo plazo de los problemas de salud mental e imponen una visión occidental sobre los problemas psicológicos en otras culturas.

El diagnóstico según el DSM-5 no permite establecer el plan terapéutico más adecuado para un caso específico, ya que en la mayoría de ocasiones no aporta evidencia de las técnicas de tratamiento a aplicar, la modalidad de aplicación más adecuada ni la manera de ajustarlas a las características del caso. La dificultad es aún mayor en los casos en los que existe comorbilidad y que no cumplen las características definidas y que, por otro lado, son los más frecuentes, dada la falta de especificidad de las categorías diagnósticas del DSM-5 (Timimi, 2014). Por ello, en la planificación del tratamiento y las técnicas a utilizar resulta mucho más efectivo el análisis funcional de conducta, que permite definir las características concretas de los pacientes y los factores que inciden en la aparición y mantenimiento de los síntomas y que constituirán el foco de la intervención psicológica.

La aproximación funcional en psicología ve la conducta observable como un aspecto de interés en sí mismo y como una forma de adaptación al ambiente. Por lo tanto, busca encontrar las relaciones entre este ambiente y la conducta a estudiar.

Por otro lado se encontrarían las aproximaciones estructurales, que localizan la causa de la conducta en la persona. Este acercamiento es más pesimista, ya que las estructuras explicativas del comportamiento que se sitúan en la persona son difíciles de medir y modificar. Además, las explicaciones de los estructuralistas son circulares, ya que la presencia de las estructuras no observables se infiere a partir del comportamiento y, posteriormente, éstas son usadas para explicar la misma conducta. Si la conducta cambia, se supone que las estructuras han cambiado y que esto ha provocado el cambio. Sin embargo, estas estructuras nunca pueden ser observadas independientemente de la conducta (Sturmei, 2011). Este es el caso de algunos constructos utilizados de manera explicativa como la personalidad o el propio diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, se

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

establece que una persona tiene depresión porque está triste y llora mucho (entre otras conductas utilizadas como criterio diagnóstico) y, una vez categorizada, el diagnóstico se utiliza como explicación: la persona llora mucho porque tiene depresión. Sin embargo, una explicación de este tipo no ayuda a comprender las causas reales de la conducta y, por lo tanto, cómo modificarla.

El análisis funcional de un caso es una hipótesis sobre las causas, precipitantes y variables de mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales o conductuales de la persona. Consiste en la identificación de las relaciones funcionales relevantes entre las conductas de la persona y sus estímulos antecedentes y consecuentes. Por tanto, constituye un resumen organizado que integra toda la información recogida mediante diversas herramientas de evaluación clínica como entrevistas con el paciente y otras personas significativas, cuestionarios y tests estandarizados, observación conductual, auto-registros, etc.

Un análisis funcional estructurado permite el abordaje de las cuestiones prácticas más importantes de la evaluación clínica de los problemas psicológicos: a) Organizar los resultados obtenidos de diversos instrumentos de evaluación; b) Reducir la subjetividad en la explicación de los problemas psicológicos basados en la impresión clínica; e c) Identificar las variables causales de los problemas conductuales (Virués-Ortega y Haynes, 2005).

Además, permite elegir los métodos terapéuticos más adecuados en función de los estímulos que controlan e influyen en las conductas descritas. Así, los métodos de intervención se relacionan directamente con la explicación del problema psicológico de la persona. A su vez, la efectividad de las técnicas de tratamiento seleccionadas permite verificar la validez del análisis funcional realizado, que se contempla como una hipótesis explicativa que se debe comprobar y no como algo inalterable y definitivo.

Se considera que las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos mecanismos que la conducta normal. Así, la psicopatología, como cualquier otro comportamiento debe ser operativizada y descrita en función de sus relaciones funcionales con las variables ambientales. Los principios de aprendizaje son los que influyen en la adquisición y mantenimiento de los problemas psicológicos y son idénticos a los que influyen en cualquier cambio de conducta a lo largo de la vida. Entre

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

ellos se encontraría el aprendizaje no asociativo (habituaación y sensibilización), el aprendizaje asociativo (por condicionamiento clásico y operante), el aprendizaje por observación o modelos y el aprendizaje simbólico (instrucciones, lenguaje, reglas, etc.) (Froján y Santacreu, 2008). Estos mismos procesos de aprendizaje que influirían en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos serían los que se ponen en marcha posteriormente en el tratamiento mediante el uso de técnicas de intervención y modificación de conducta.

Desde esta perspectiva la explicación de la adquisición y mantenimiento de la fobia específica se basaría en los procesos de aprendizaje que dan lugar al comportamiento problemático y las reacciones emocionales ante los estímulos fóbicos. Así, la respuesta fóbica se entiende como una respuesta condicionada de temor a estímulos previamente neutros (EN) que han sido asociados (EC) con estímulos aversivos (EI). Sin embargo, no sería necesaria la contigüidad temporal entre los estímulos (EC-EI) sino que se produzca una relación de contingencia entre los estímulos. Esta relación de contingencia puede aprenderse no solo mediante la vivencia directa sino también mediante aprendizaje por observación y la transmisión de reglas verbales por parte de otros (Sosa y Capafóns, 2011; Segura, Sánchez y Barbado, 1991). Mowrer (1969), en su teoría de los dos factores, establece que esta reacción de miedo condicionada discriminaría la aparición de respuestas operantes dirigidas a reducir esa emoción aversiva y a experimentar alivio y una mayor seguridad. Las secuencias de aprendizaje establecidas por este modelo serían las siguientes:

a) EC – EI → RI

EC → RC

b) E^D (Ansiedad) → R. Op → R⁻

Evitación, Escape

Alivio de ansiedad

A partir de una explicación de este tipo se pueden derivar directamente las variables en las que debe incidir la intervención psicológica, en este caso en la respuesta condicionada de ansiedad asociada al estímulo condicionado o la propia respuesta operante de escape o evitación. En función de a cuál de estos procesos se le da mayor importancia se optaría por la utilización de técnicas de desensibilización sistemática (para la reducción de la respuesta condicionada de ansiedad mediante un mecanismo de

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

inhibición recíproca) o por técnicas de exposición operante (cuya finalidad es eliminar las conductas de escape o evitación).

Como se puede ver, aunque la conclusión principal de las técnicas de intervención a utilizar es similar a la que se llega mediante el diagnóstico de fobia específica, esta perspectiva permite elegir la modalidad de exposición más adecuada a cada caso y tener en cuenta otras variables importantes específicas de la persona y su historia de aprendizaje. Además, también permite derivar las técnicas a utilizar en el caso de diagnósticos para los que no existe un tratamiento establecido, como es el caso del trastorno de adaptación. Por todo ello, la elección de las técnicas de tratamiento basadas en el análisis funcional es un procedimiento más eficaz y útil para la totalidad de los casos, aunque no tengan un diagnóstico establecido, no exista tratamiento para el mismo o presente comorbilidad.

A continuación se procederá a la descripción del caso, especificando el motivo de consulta, las estrategias de evaluación empleadas y el análisis funcional, así como la implementación del tratamiento psicológico en cuanto a los objetivos, tratamiento y desarrollo del mismo. Posteriormente, se evaluará la eficacia del programa de intervención psicológica utilizado, basado en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales con el objetivo de disminuir los síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo.

Ballesteros, Cruzado, Lozano y Sánchez (2005), describen un caso similar en una paciente con cáncer de colon que presenta síntomas de ansiedad y de bajo estado de ánimo diagnosticado de fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Para su tratamiento, utilizan técnicas de psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad. Este tratamiento resulta efectivo tanto en el manejo de la conducta fóbica como en la reducción de la ansiedad y la mejora del estado de ánimo.

2. Presentación del caso.

2.1. Datos identificativos.

R.V. es una mujer casada de 50 años. Tiene un hijo varón de 13 años y reside actualmente con él y con su marido en una casa de su propiedad en Madrid. Procede de un nivel socioeconómico alto. Realizó estudios de arte en el instituto Marangoni de Milán y actualmente se encuentra desempleada.

2.2. Motivo de consulta.

R.V. acude por iniciativa propia a Avance, Centro de Psicología en noviembre de 2015. Su objetivo es recibir tratamiento psicológico de sus síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo. Estos síntomas se presentan como consecuencia de la detección reciente por parte de su odontólogo de una patología dental que requiere de una intervención costosa y prolongada en el tiempo.

Refiere encontrarse en un estado de tensión y activación constante desde que le comunicaron la noticia, que se manifiesta en forma de síntomas fisiológicos como taquicardia y tensión muscular y que le imposibilitan el descanso. A nivel cognitivo presenta pensamientos constantes y recurrentes sobre el diagnóstico que le ha sido realizado así como anticipaciones sobre la intervención odontológica a la que debe enfrentarse y las consecuencias negativas que acarreará. Esto se une a un descenso brusco de su estado de ánimo, con un sentimiento profundo de tristeza que se manifiesta en forma de rumiaciones y pensamientos negativos sobre su vida acompañado de un llanto constante.

Estos síntomas interfieren significativamente en su vida personal y social, ya que el estado constante de activación y llanto le impide realizar sus actividades cotidianas y relacionarse normalmente. Asimismo, afirma tener muchas dificultades para iniciar y mantener el sueño. Explica que es incapaz de dejar de llorar y que tiene que irse a la cama con una toalla y llorar hasta el agotamiento para poder dormirse. Cuando vuelve a despertarse a lo largo de la noche, vuelve a utilizar la toalla y reanuda el llanto nuevamente hasta el momento en el que es capaz de dormirse de nuevo.

Cuando acude a tratamiento, R.V. se encuentra tomando medicación recetada por su psiquiatra. Por un lado, un ansiolítico para controlar sus niveles de activación

durante el día (Alprazolam) una vez al día (0 – 1 – 0) y, por el otro, un hipnótico (Lormetazepam) para ayudarle a conciliar el sueño (0 – 0 – 1). Sin embargo, en la segunda sesión, tras una revisión con su psiquiatra, informa de que le ha cambiado la medicación ansiolítica debido a sus efectos secundarios sedantes por Lexatin®, manteniendo la misma pauta.

2.3. Estrategias de evaluación.

Para realizar la evaluación del caso se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Entrevista.** Fue la principal herramienta de evaluación durante las primeras sesiones con el objetivo de evaluar las conductas problema y su topografía, antecedentes, consecuentes, la historia del problema, intentos previos de solución y motivación hacia el tratamiento.

- **Historia Biográfica del Centro de Psicología Avance**, cumplimentada por la paciente. Es un documento elaborado por el centro que recoge información diversa que incluye: datos personales, motivo de consulta, tratamientos anteriores, datos familiares, aspectos sociales, académicos, profesionales, intereses y motivaciones y expectativas sobre la terapia.

- **Listado de síntomas (SCL-90-R)** (Derogatis, 1983). Mide la frecuencia de ocurrencia de 90 ítems calificados según una escala de 0 “nada” a 4 “mucho”. El cuestionario incluye nueve sub-escalas: somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo. Su versión en castellano, muestra una consistencia interna con valores entre 0,81-0,90 y fiabilidad test-retest con valores entre 0,78-0,90 (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido, 2002).

- **Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)** (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008). El STAI constituye una autoevaluación de la ansiedad como estado (AE) y como rasgo (AR) a partir de 40 ítems que evalúan la intensidad en la ansiedad estado de 0 a 4 y la frecuencia de la ansiedad rasgo de 0 a 4. La adaptación en español presenta una consistencia interna $\alpha=0,90$ para AR y $\alpha=0,94$ para AE (Guillén-Riquelme y Buéla-Casal, 2011). La fiabilidad test-retest del original indica un coeficiente de 0,81 para AR y 0,40 AE.

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)** (Beck, Steer y Brown, 1996). Este cuestionario mide en 21 ítems diferentes síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales de la depresión y su intensidad. El instrumento en su adaptación española cuenta con una consistencia interna $\alpha=0.89$ y una fiabilidad test-retest de 0,66 (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

- **Cuestionario de Estilo Cognitivo** (adaptado por Mansilla-Cabanillas, 2012). Este cuestionario consta de 100 ítems que evalúan mediante una respuesta dicotómica (sí o no), el grado en el que se poseen creencias disfuncionales sobre la necesidad de aprobación y aceptación, perfeccionismo y alta autoexigencia, tendencia a culpabilizar, irresponsabilidad o falta de control emocional, indefensión acerca de cambio, dependencia de otros, ansiedad y preocupación acerca del futuro, evitación de problemas y reacción a la frustración e inactividad. Este instrumento no presenta apoyo estadístico, su utilización va dirigida principalmente a guiar la recogida de información y a la identificación de ideas irracionales.

- **Escala de Habilidades Sociales (EHS)** (Gismero, 2000). Se compone de 33 ítems que evalúan la competencia social en diferentes dimensiones de la interacción con otros: auto-expresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con personas del sexo opuesto. El formato de respuesta se basa en cuatro opciones que van desde A “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a D “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. La escala presenta una consistencia interna $\alpha=0.88$.

- **Valoración personal del nivel de ansiedad en escala de unidades subjetivas de ansiedad (USA)**. Durante la evaluación inicial y a lo largo del tratamiento se evaluó el nivel subjetivo de ansiedad referido por R.V. en diferentes momentos y situaciones mediante una escala de ansiedad del 0 al 10, en el que 0 indicaba ausencia total de ansiedad y 10 ansiedad extrema.

- **Auto-registros**. En diferentes momentos de la evaluación y la intervención se solicitó a la paciente que cumplimentara dos tipos de auto-registros. El auto-registro A (Tabla 1) se utilizó para evaluar los antecedentes y consecuentes de las conductas

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

problema y las estrategias de afrontamiento utilizadas en los momentos de malestar y su utilidad. Por otro lado, el auto-registro B (Tabla 2) se utilizó para supervisar el entrenamiento en relajación muscular progresiva y la intensidad de la sensación de relajación conseguida en cada una de las sesiones de entrenamiento.

a) Auto-registro A:

Tabla 1: Auto-registro de estrategias de afrontamiento.

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO E INTENSIDAD (1-10)	QUÉ HAGO	QUÉ PASA DESPUÉS	QUÉ SIENTO DESPUÉS E INTENSIDAD (1-10)

b) Auto-registro B:

Tabla 2: Auto-registro de relajación.

DÍA Y HORA	LUGAR	DURACIÓN	NIVEL DE RELAJACIÓN (1-10)	OBSERVACIONES

2.4. Historia del problema.

R.V. presentaba una gran ansiedad y temor hacia el dentista muchos años antes de acudir a tratamiento debido a malas experiencias pasadas. Por este motivo, llevaba muchos años evitando acudir a realizarse revisiones y sin tratarse los problemas dentales que iban apareciendo.

Sin embargo, unos meses antes de acudir a consulta (en septiembre de 2015), decidió superar ese miedo y acudir al dentista para arreglarse la boca. Al principio todo iba bien e iba enfrentando las visitas y comenzó a hacerse implantes en la parte inferior de la dentadura, acudiendo sin problemas a la consulta del dentista. Sin embargo, cuando decidieron continuar con la parte superior, descubrieron que tiene una infección por una bacteria que le está consumiendo la encía y que requiere una intervención quirúrgica y un tratamiento muy costoso y prolongado en el tiempo (aproximadamente un año y medio) para tratar este problema y evitar que R.V. pierda toda su dentadura.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

En las intervenciones quirúrgicas deberán extraerle los incisivos y abrir las encías para eliminar las bolsas en las que se encuentran las bacterias. Posteriormente, se deberán hacer raspados de las encías para eliminar totalmente la bacteria y evitar así la pérdida de más piezas y hacer un tratamiento posterior de regeneración de la encía. Finalmente, una vez eliminada completamente la bacteria, se procederá a la realización de implantes para sustituir las piezas perdidas a lo largo del tratamiento.

Cuando recibe esta noticia, R.V. se "hunde psicológicamente" y empieza a experimentar una gran ansiedad y un descenso en su estado de ánimo. Siente un nivel de ansiedad muy alto de manera constante que le impide el descanso. Además, cada vez que tiene que acudir al dentista siente "pánico" varios días antes y manifiesta síntomas de ansiedad anticipatoria. Una vez en la consulta se enfrenta a las intervenciones con mucho nerviosismo y suele llorar. Para ser capaz de enfrentar las visitas, utiliza una radio portátil con la que escucha música para no oír el ruido de los aparatos que utiliza el dentista y suele cerrar los ojos. Además, para el afrontamiento de las intervenciones más largas solicita que la seden para no tener que enfrentarse de manera consciente a esa situación durante tanto tiempo. Sin embargo, esto supone un aumento del coste del tratamiento, ya que cada sedación supone un gasto económico extra.

Además, refiere que últimamente está llorando constantemente y que siente que ya no es ella misma y no se reconoce. Ella siempre ha sido una persona muy activa, vital y alegre y cree que nunca volverá a ser la de antes. Piensa que ha perdido su fuerza y se ha convertido en una persona vulnerable ante cualquier imprevisto que la desestabilice. Afirma que tiene mucho miedo a la depresión, porque una tía suya la tuvo y tiene un mal recuerdo de ello. Tiene una idea muy negativa sobre este trastorno como consecuencia de ello, como algo crónico de lo que es imposible salir y recuperarse.

En sesiones posteriores explica que ya no siente ansiedad de manera constante sino en los días anteriores a las citas con el dentista, cuando piensa que tiene que volver a ir, que le va a doler, los tratamientos que le van a realizar o la posibilidad de que vaya y le den malas noticias del progreso de su enfermedad.

A raíz del descubrimiento de este problema de salud, ha empezado a sentir que las personas de su entorno no la apoyan lo suficiente. Tiene una relación difícil con su madre y eso le hace sentirse sola a la hora de enfrentar este problema. Comenta que

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

siempre fue una madre poco afectuosa y cariñosa, que no sabe expresar sus emociones con su familia. R.V. siente que todo lo que hace con ella y sus hermanos lo hace de cara a que los demás lo vean y no porque realmente quiera.

Por otro lado, explica que ha tenido un conflicto reciente con una vecina con la que tenía muy buena relación que ha hecho que pierda el contacto con ella y con su hija, a la que apreciaba mucho. Expone que su vecina siempre ha sido una persona muy demandante de su atención y que en el momento en el que ella necesitó que la apoyara con su problema, discutió con ella y ha cortado todo contacto. Esto ha hecho que se sienta más triste por haber perdido una persona con la que pasaba mucho tiempo y que conocía desde hacía muchos años y, sobre todo, por perder el contacto con la niña, a la que quiere mucho y ahora no puede ver. Además, esto aumenta también sus niveles de ansiedad, ya que teme encontrarse con ella en el portal y volver a discutir, por lo que está siempre vigilante cuando sale ante las señales que puedan indicar que va a aparecer (sonido del ascensor o de la puerta) y cuando aparecen se esconde o va por las escaleras en vez de coger el ascensor para evitar encontrarse con ellas.

Sin embargo, pese a estas quejas con respecto a su madre y su vecina, R. V. cuenta con mucho apoyo social en su entorno. Tiene una buena relación tanto con su hijo como con su marido, que la apoya mucho con su problema. Por otro lado, cuenta con un grupo de amigas muy cercano con el que se solía reunir prácticamente a diario y con las que se lleva muy bien y se siente muy cómoda.

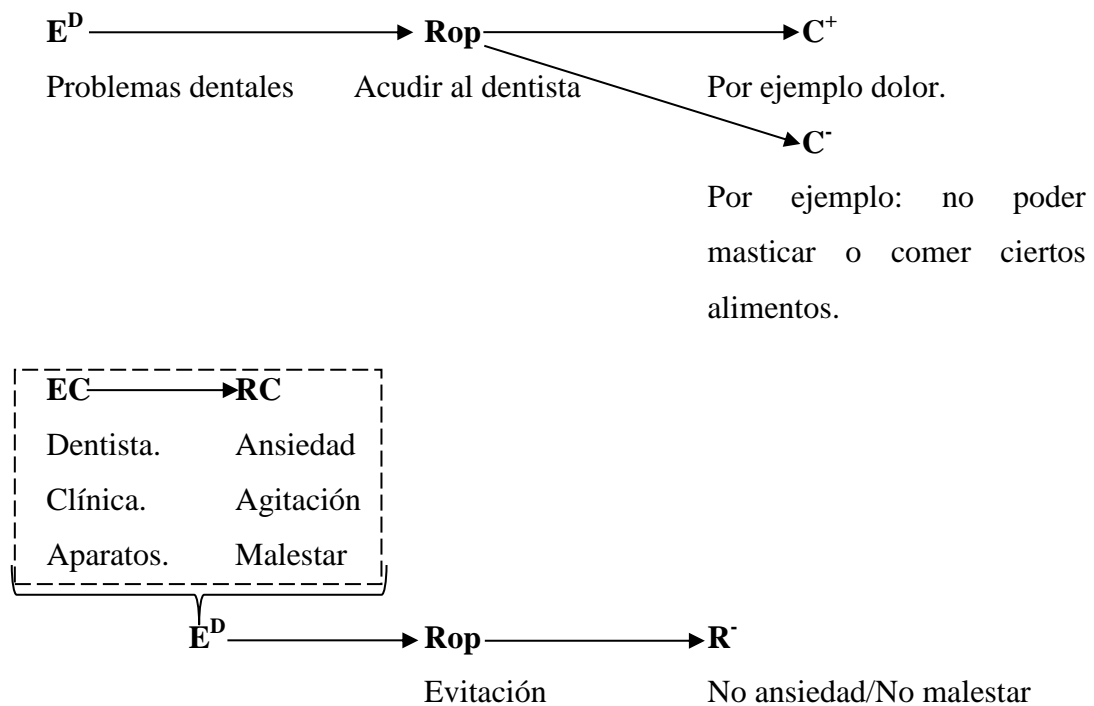
En cuanto a sus actividades de ocio explica que antes de comenzar el tratamiento iba a desayunar con sus amigas todos los días de lunes a viernes. Desde que le dieron la noticia no ha vuelto a ir, ya que cree que si va le van a preguntar constantemente sobre los dientes y que lo va a pasar mal y les va a contagiar su pena a sus amigas. También le gusta cocinar y hacer actividades creativas de decoración y manualidades.

En cuanto a su objetivo acudiendo a terapia, afirma que le gustaría mejorar sus síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo como consecuencia de la enfermedad, mejorar la relación con su madre y conseguir que no le afecte tanto lo que piensa sobre ella y conseguir enfrentarse a su vecina sin evitarla por temor al conflicto. Además, a largo plazo, plantea la posibilidad de volver a trabajar.

2.5. Análisis funcional del caso.

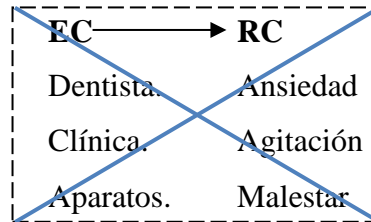
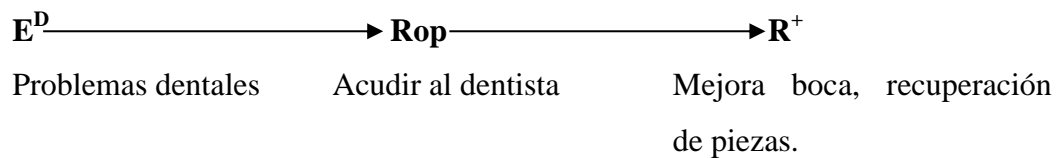
2.5.1. Hipótesis de origen.

R.V. explica que su fobia al dentista se origina como consecuencia de malas experiencias pasadas. Aunque no conocemos los detalles de esas malas experiencias, sí podemos saber que las visitas que realizó al dentista en el pasado fueron castigadas de alguna manera. Como consecuencia de estos castigos repetidos, los estímulos asociados al dentista terminando condicionándose de forma aversiva y se convierten en ECs ansiógenos que elicitaban una RC de ansiedad. En respuesta a esta asociación, R.V. empieza a mostrar una conducta de evitación ante el dentista y esta conducta se mantiene mediante un refuerzo negativo, ya que así evita sentir el malestar y la ansiedad asociada a ello.



Hace 2 meses, R.V. decide ir al dentista y enfrentarse a esa situación tan aversiva para poder arreglarse los dientes, ya que presentaba problemas como consecuencia de estar tantos años sin acudir al dentista. En este primer momento, la conducta de ir al dentista se ve reforzada de manera positiva, ya que todo va bien y R.V. va poniéndose implantes y recuperando piezas perdidas y a ver que su boca va mejorando y es capaz de afrontar los tratamientos. Conforme avanzan los tratamientos, R.V. va reduciendo su ansiedad ante el dentista y acude sin problemas a las consultas.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo



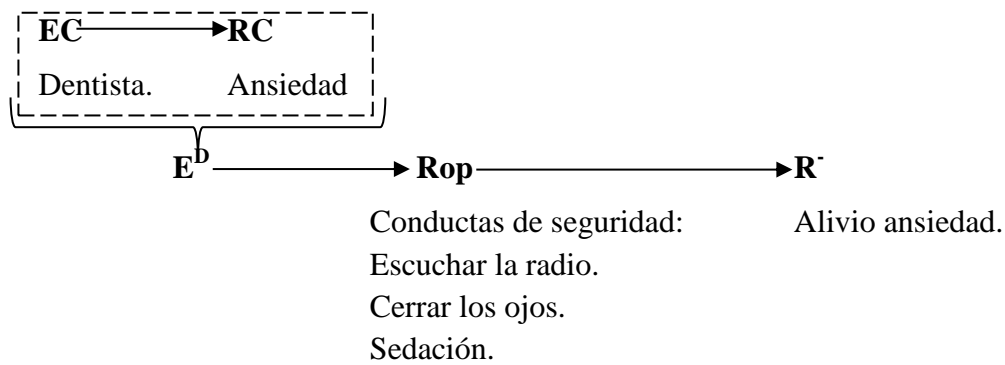
2.5.2. Hipótesis de mantenimiento.

Sin embargo, en esas visitas al dentista descubre que tiene una enfermedad grave en las encías que podría haberle hecho perder su dentadura totalmente y que tiene que enfrentarse a un tratamiento muy complicado y prolongado en el tiempo. La enfermedad es un estímulo condicionado que elicitaba respuestas condicionadas de ansiedad y miedo ante lo que tiene que enfrentarse. A su vez, esto hace que nuevamente se exacerbe la asociación del dentista con la respuesta de ansiedad, ya que es allí donde le dan la noticia de que la padece y la enfermedad está relacionada con los dientes.



Aunque debe acudir al dentista frecuentemente (unas dos veces a la semana) y, como consecuencia, se expone constantemente a este estímulo sin evitarlo, este enfrentamiento no es completo, ya que ante la ansiedad que le producen los estímulos relacionados con el dentista R.V. realiza conductas de seguridad como cerrar los ojos o escuchar la radio para no oír los aparatos en funcionamiento, así como recurrir a la sedación voluntaria en caso de las intervenciones más largas. Esto impide que se rompa completamente la asociación del dentista con la respuesta de ansiedad. Estas conductas de seguridad se ven reforzadas negativamente, ya que reducen el nivel de ansiedad de R al acudir al dentista.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

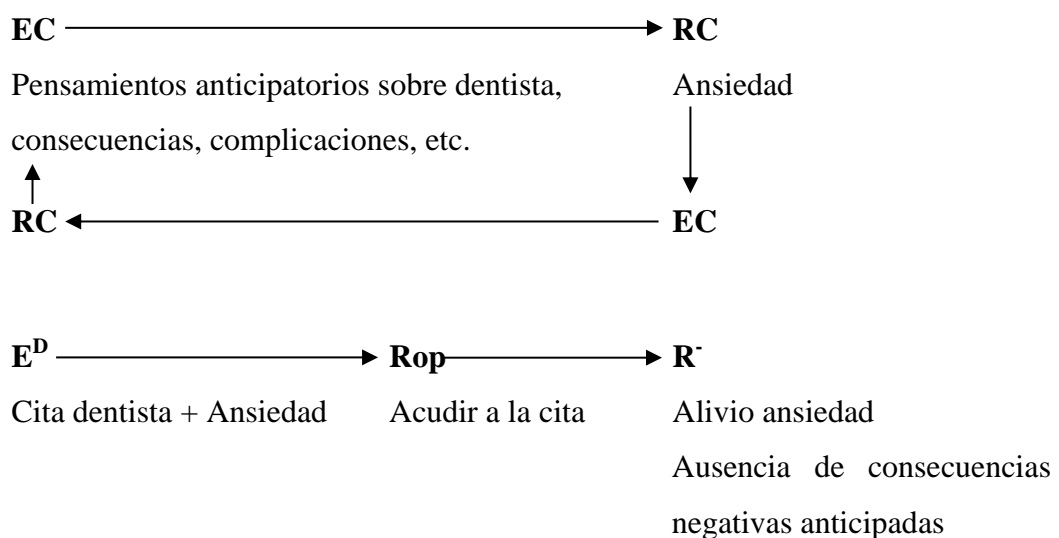


Cuando tiene que acudir al dentista, su ansiedad también se dispara durante los días anteriores, ante pensamientos de anticipación de las consultas, sus consecuencias y posibles complicaciones. Piensa y se imagina de manera repetida cómo acude al dentista y se producen consecuencias aversivas (dolor, malas noticias, etc.), lo que constituye ensayos constantes de condicionamiento encubierto que aumentan la asociación del dentista con la ansiedad.

En imaginación:

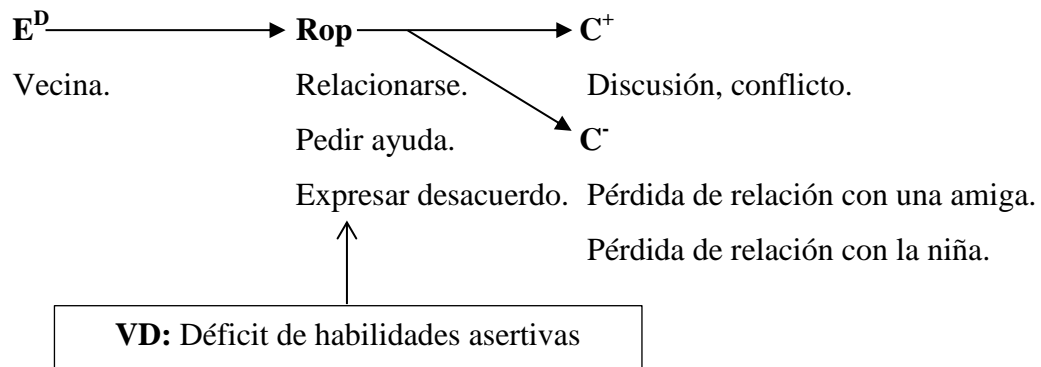


Además, ante estos pensamientos se inicia la respuesta de ansiedad, que aumenta a su vez la frecuencia de los pensamientos ansiógenos. De esta manera, se forma un círculo vicioso que aumenta progresivamente el nivel de ansiedad de R.V. Una vez que acude al dentista y tras salir de la consulta, al comprobar que todo va bien, siente un gran alivio de esa ansiedad.

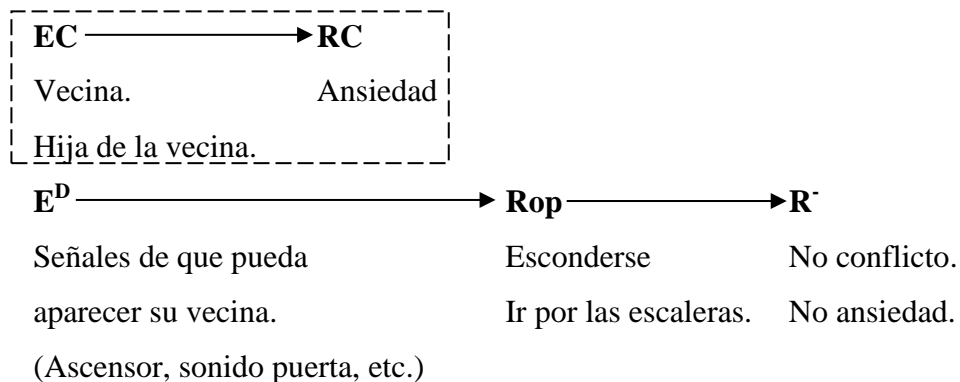


Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Por otro lado, otra fuente de ansiedad es el conflicto reciente vivido con su vecina, que ha hecho que pierda el contacto con ella y con su hija, que era muy importante para ella. Su reacción ante el conflicto está influenciada por sus dificultades para expresarse de manera asertiva ante desacuerdos con otras personas.



Como consecuencia de los castigos asociados a las conductas realizadas ante su vecina, ésta le condiciona aversivamente, por lo que R.V. siente ansiedad ante la posibilidad de encontrarse con ella o verla en el portal. Ante esta posibilidad, R.V. muestra respuestas de evitación y escape para evitar el conflicto y la ansiedad que le produce.

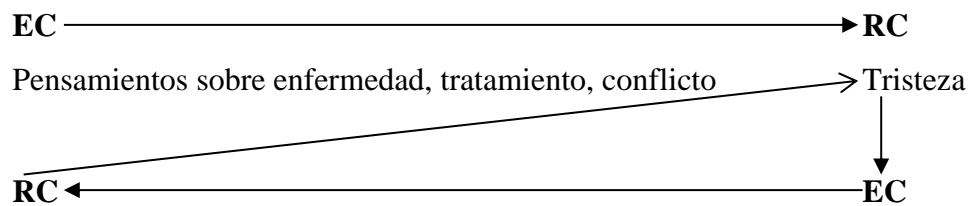


Esta ansiedad mantenida en el tiempo desde distintas fuentes y la cantidad de estímulos aversivos a los que tiene que enfrentarse R.V. constantemente (hablar y pensar en la enfermedad, visitas repetidas al dentista, el conflicto con su vecina), unido a la pérdida de reforzadores y aspectos importantes en su vida (pérdida de salud, de la relación con su vecina y su hija, dejar de acudir a las reuniones con sus amigas) provoca un descenso en su estado de ánimo y los síntomas depresivos asociados (llanto, tristeza).

R.V. explica que su tristeza no parece relacionarse con ningún estímulo externo que las desencadene. Parece ser que esta emoción surge como consecuencia de

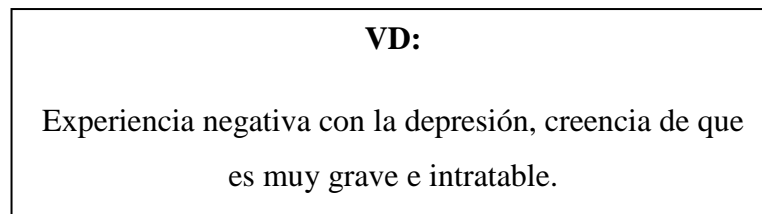
Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

pensamientos sobre la enfermedad, el tratamiento tan largo al que debe someterse y el conflicto con su vecina. Una vez aparecen los pensamientos, desencadenan la respuesta emocional, lo que hace que aparezcan nuevos pensamientos sobre lo mal que se encuentra y la imposibilidad de recuperarse, que aumentan su nivel de tristeza. Esto está influido por su mala experiencia con la depresión de su tía que ha hecho que tenga una visión muy negativa de la depresión. Esto es una variable disposicional (VD) que hace que la tristeza que le generan esos pensamientos sea aún mayor.



Pensamientos sobre su malestar:

Por ejemplo: **"Tengo depresión y no voy a volver a ser la misma nunca"**



2.6. Diagnóstico.

Tras analizar la información obtenida durante la fase de evaluación, y de acuerdo a los síntomas y sus antecedentes, se valora que R.V. presenta una Fobia Específica, cumpliendo los criterios diagnósticos para este tipo de trastorno según los criterios del DSM-5. El estímulo fóbico sería de tipo sangre-inyección-herida, especificado como miedo a la atención médica (APA, 2014).

Sin embargo, pese a ajustarse a algunos de los síntomas de R.V., el diagnóstico de fobia específica no explica la totalidad de la sintomatología que presenta, ya que además de la ansiedad ante las visitas al dentista, presenta ansiedad al pensar en la enfermedad que le han diagnosticado y sus posibles consecuencias y complicaciones, así como un descenso brusco de su estado de ánimo. Por este motivo, de forma complementaria a la fobia específica, R.V. también se ajustaría al diagnóstico de Trastorno de Adaptación y cumple con los criterios establecidos en el DSM-5 para este diagnóstico. Como no predominan los síntomas de ansiedad ni los de depresión sino que

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

se presentan de forma conjunta, la especificación más adecuada es con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido y agudo, ya que la alteración tiene una duración menor de 6 meses en el momento en el que R.V. acude a consulta (APA, 2014). En la Tabla 3 se presenta el diagnóstico multiaxial referido al caso presentado.

Tabla 3: Diagnóstico multiaxial.

Eje I: Trastornos clínicos.

- F40.232 Fobia específica tipo sangre-inyección-herida (miedo a atención médica) [300.29]
- F43.23 Trastorno de adaptación agudo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido [309.28].

Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

- Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09].

Eje III: Enfermedades médicas.

- Enfermedad dental.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al ambiente social: Conflicto con su vecina, pérdida de amistad, problemas de relación con su madre.
- Problemas laborales: Desempleo.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

- EEAG: 60 (en el momento de la evaluación).

3. Diseño

Para valorar la eficacia del tratamiento, se empleó un diseño de caso único, en ausencia de grupo control, siendo el modo de tratamiento mediante un abordaje individual. La evaluación se realizó mediante los cuestionarios indicados anteriormente (SCL-90-R, STAI, BDI-II, EHS y Cuestionario de Estilo Cognitivo) al inicio de la intervención y al final de la misma.

4. Intervención.

4.1. Objetivos terapéuticos.

En base a la sintomatología referida por la paciente, la evaluación inicial y el análisis funcional, se establecieron de manera consensuada con R.V. los siguientes objetivos de intervención:

- 1) Reducir y manejar el nivel de ansiedad:
 - a. Facilitar el afrontamiento de las visitas al dentista y las intervenciones requeridas durante el tratamiento.
 - a.1. Reducir la ansiedad anticipatoria en días previos a las visitas.
 - a.2. Reducir la ansiedad y eliminar las conductas de seguridad durante las visitas e intervenciones.
 - b. Modificar los pensamientos irracionales ansiógenos y las interpretaciones catastrofistas relacionados con la enfermedad y su pronóstico.
 - c. Facilitar el afrontamiento adecuado del conflicto con su vecina y mejorar la relación y comunicación con su madre:
 - c.1. Eliminar las conductas de escape y evitación ante un posible encuentro con su vecina.
 - c.2. Aumentar su asertividad y habilidades de expresión ante desacuerdos y conflictos (tanto con su vecina como con su madre).
- 2) Mejorar el estado de ánimo:
 - a. Modificación de creencias irracionales que influyen en el mantenimiento del bajo estado anímico.
 - b. Mantenimiento de actividades reforzantes previas e iniciación de nuevas actividades.

4.2. Estrategias de intervención.

Para la consecución del primer objetivo se utilizaron diversas técnicas, con el objetivo de rebajar el nivel de ansiedad que presenta R.V. cuando acude a tratamiento.

En relación al dentista, en primer lugar, se supervisó la auto-exposición en vivo que estaba haciendo la paciente al dentista, modificando los aspectos que impedían su correcta eficacia en la reducción de la ansiedad. Para ello, se utilizó en primer lugar la psicoeducación para explicarle el funcionamiento de la exposición en la eliminación de la ansiedad ante el dentista y la manera en que sus conductas de seguridad impedían que se extinguiera esa asociación. Posteriormente, se implantó esta modificación en los ensayos de auto-exposición, para conseguir un enfrentamiento completo a la situación temida.

Por otro lado, con el objetivo de frenar la escalada de pensamientos ansiógenos que disparaba la reacción de ansiedad anticipatoria en días previos a las visitas al dentista, se la entrenó en una técnica basada en autoinstrucciones que debía aplicar en los momentos en los que detectara el inicio de las reacciones de ansiedad. Los pasos que debía seguir eran los siguientes:

1. Valorar el nivel de ansiedad en la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA) del 0 al 10.
2. Establecer un objetivo realista: impedir la escalada de la ansiedad.
3. Respiración diafragmática.
4. Distracción mediante cálculo mental.
5. Reestructuración cognitiva del pensamiento ansiógeno.
6. Revisar el objetivo:
 - Si ha tenido éxito: autorrefuerzo.
 - Si no ha tenido éxito: iniciar de nuevo el protocolo.

Esta técnica permite frenar la escalada de pensamientos mediante la distracción para impedir que la ansiedad se dispare y alcance niveles excesivos. Como formaban parte del procedimiento, en la explicación de esta técnica también se entrenó la

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

respiración diafragmática y se explicó el procedimiento de la reestructuración cognitiva. Además, la reestructuración cognitiva también se utilizó en diversos momentos de la intervención, ante la aparición de verbalizaciones de pensamientos irracionales durante las sesiones.

En cuanto a la interpretación de la enfermedad, se utilizó principalmente la reestructuración cognitiva de las interpretaciones catastrofistas que aparecían ante sucesos que ella entendía como complicaciones (dolor, manchas, etc.). Asimismo, se utilizó el entrenamiento en relajación muscular progresiva para ayudarle a reducir sus niveles de activación y como ayuda para controlar el dolor producido por las intervenciones odontológicas y el estado de irritabilidad que le producía. Para facilitarle la reestructuración de los pensamientos irracionales que aparecían durante los episodios de dolor, se le sugirió realizar un listado de pensamientos alternativos para poder consultarlo en esos momentos.

En cuanto al conflicto con su vecina, se utilizó la reestructuración cognitiva para modificar creencias irracionales sobre un posible encuentro, sus consecuencias y su incapacidad para afrontarlo. Asimismo, se realizó un entrenamiento en asertividad, con el objetivo de mejorar sus habilidades de expresión de desacuerdo ante conflictos con otras personas. Para ello, se utilizó el modelado y el role-playing de situaciones que podrían resultar conflictivas y a las que la paciente temía enfrentarse (entre ellas un encuentro con su vecina). Finalmente, no fue necesario programar ensayos de exposición, ya que se produjo un encuentro casual con ella que se resolvió de manera exitosa, tras el que desaparecieron las conductas de escape y evitación.

En cuanto al segundo objetivo (mejorar su estado de ánimo), se abordó en primer lugar mediante psicoeducación la diferencia entre el trastorno adaptativo y la depresión y la reestructuración cognitiva de su pronóstico y posibilidades de recuperación, dada la influencia de su interpretación excesivamente negativa del significado de sus síntomas y la creencia de que nunca podría recuperarse de los mismos. Por otro lado, para ayudarle a recuperar su nivel de actividades agradables y potenciar que iniciara otras nuevas, en primer lugar se utilizó la psicoeducación para explicarle la relación entre el nivel de actividad y el estado de ánimo y, posteriormente, se utilizó la activación conductual, ayudándole a planificar nuevas actividades y la recuperación de las que había abandonado.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

En añadido, de manera transversal a varios objetivos, se utilizó la biblioterapia, trabajando sobre la lectura del libro “El arte de no amargarse la vida” (Santandreu, 2011). El objetivo de esta lectura era mejorar su comprensión de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, así como de los mecanismos por los que se origina y mantiene la ansiedad.

A continuación (Tabla 4) se presenta un resumen de las técnicas utilizadas en relación con cada uno de los objetivos y sub-objetivos de intervención.

Tabla 4: Técnicas de intervención por objetivos.

Objetivo	Sub-objetivos	Técnicas utilizadas
1. Reducir el nivel de ansiedad.	a. Afrontamiento dentista.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Reestructuración cognitiva. • Auto-exposición en vivo (sin conductas de seguridad). • Autoinstrucciones. • Biblioterapia.
	b. Interpretaciones catastrofistas enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: listado de pensamientos alternativos. • Biblioterapia. • Relajación muscular progresiva.
	c. Afrontamiento conflicto.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en asertividad (modelado y role-playing). • Exposición.
2. Mejorar el estado de ánimo.	a. Modificar pensamientos irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Reestructuración cognitiva. • Biblioterapia.
	b. Mantenimiento y potenciación de actividades reforzantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Activación conductual.

4.3. Aplicación del tratamiento.

La intervención se llevó a cabo a lo largo de 11 sesiones de una hora de duración, inicialmente con periodicidad semanal y espaciándose posteriormente entre dos semanas a una vez al mes. El tratamiento se desarrolló durante un tiempo aproximado de 5 meses.

Todas las sesiones se estructuraron en una revisión de las novedades y el progreso de las intervenciones odontológicas entre sesiones y de las tareas para casa, introducción de nuevas técnicas o continuación del trabajo de las sesiones anteriores y la propuesta de tareas a realizar para la siguiente sesión.

Al finalizar el tratamiento se propuso una sesión de seguimiento a los 3 meses para revisar la consolidación de los objetivos y evaluar dificultades o recaídas así como para valorar su afrontamiento autónomo de las intervenciones odontológicas restantes y otros eventos vitales estresantes.

A continuación (Tabla 5), se presenta la distribución secuencial del trabajo terapéutico y de las técnicas de intervención y tareas utilizadas a lo largo de cada una de las sesiones.

Tabla 5: Desglose de intervención por sesiones.

Sesión y fecha	Trabajo realizado	Tareas para casa
Sesión 1 26/11/2015	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de la terapeuta y la coterapeuta.- Primera entrevista de evaluación.- Firma consentimiento informado para el tratamiento de los datos personales.- Inicio de la relación terapéutica.	<ul style="list-style-type: none">- Historia biográfica de Avance.- Cuestionarios de evaluación PRE:<ul style="list-style-type: none">• SCL-90.• BDI-II.• STAI.• Cuestionario de Estilo Cognitivo.• EHS.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Tabla 5: Desglose de intervención por sesiones (cont.).

Sesión y fecha	Trabajo realizado	Tareas para casa
Sesión 2 01/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista. - Revisión de la historia biográfica y recogida de respuestas a los cuestionarios. - Explicación del modelo de intervención cognitivo-conductual. - Psicoeducación: trastorno adaptativo y diferencia con depresión. - Reestructuración cognitiva: “Nunca volveré a ser la misma”. Posibilidades de recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna.
Sesión 3 10/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de los resultados en los cuestionarios de evaluación inicial. - Devolución del análisis funcional del caso. - Psicoeducación: ansiedad y efecto de conductas de seguridad. - Establecimiento de objetivos de intervención. - Psicoeducación: funcionamiento psicofármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biblioterapia: “El arte de no amargarse la vida” (Santandreu, 2011). - Auto-exposición al dentista sin conductas de seguridad. - Auto-registro A.
Sesión 4 17/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión y refuerzo auto-exposición. - Revisión auto-registro A. - Psicoeducación: influencia de los pensamientos en las emociones y la conducta. - Técnica de autoinstrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica de autoinstrucciones. - Auto-registro A. - Continuación lectura libro.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Tabla 5: Desglose de intervención por sesiones (cont.).

Sesión y fecha	Trabajo realizado	Tareas para casa
Sesión 5 15/01/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión auto-registro A. - Revisión del libro y práctica de autoinstrucciones. - Psicoeducación: influencia del nivel de actividad en el estado de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-registro A. - Activación conductual.
Sesión 6 21/01/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión auto-registro A. - Revisión actividades agradables. - Reestructuración cognitiva: ajuste de expectativas sobre el dentista. - Refuerzo de progresos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-registro A. - Activación conductual.
Sesión 7 04/02/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión auto-registro A. - Reestructuración cognitiva: ajuste de expectativas sobre la conducta de los demás. - Entrenamiento en asertividad: expresar desacuerdo y opiniones contrarias a las de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-registro A. - Listado de pensamientos alternativos.
Sesión 8 18/02/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión auto-registro A. - Reestructuración cognitiva: interpretación de las intenciones de los demás. - Entrenamiento en relajación muscular progresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica relajación muscular progresiva. - Auto-registro B.

Tabla 5: Desglose de intervención por sesiones (cont.).

Sesión y fecha	Trabajo realizado	Tareas para casa
Sesión 9 17/03/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Revisión auto-registro B y de práctica de relajación muscular progresiva. - Refuerzo de progresos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica relajación muscular progresiva. - Auto-registro B.
Sesión 10 14/04/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Refuerzo de progresos. - Normalización de la tristeza ante el aniversario de la muerte de su padre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios de evaluación POST: <ul style="list-style-type: none"> • SCL-90. • BDI-II. • STAI. • Cuestionario de Estilo Cognitivo. • EHS.
Sesión 11 12/05/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión periodo inter-sesiones. - Refuerzo de progresos. - Prevención de recaídas. - Alta. 	

5. Resultados.

De cara a evaluar la eficacia de la intervención psicológica efectuada se realiza una comparación de los resultados obtenidos por la paciente en el momento de la evaluación inicial con los obtenidos al final del tratamiento.

Por un lado, se analizarán los resultados cuantitativos obtenidos en las pruebas estandarizadas utilizadas en la evaluación del caso.

Por otro lado, se examinarán también otros indicadores no cuantificables derivados de la observación de la paciente en sesión así como de los cambios conductuales observados y referidos por ella

5.1. Análisis cuantitativo.

5.1.1. Psicopatología general (SCL-90-R):

En primer lugar se analizan los resultados con respecto a la sintomatología clínica general, evaluados mediante el Listado de síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1983).

A continuación (Tabla 6), se presentan los resultados obtenidos por R.V. en cada una de las dimensiones evaluadas por el SCL-90-R tanto en el momento de la evaluación inicial como en el momento de finalización del tratamiento. Estas puntuaciones aparecen expresadas en centiles y referidas al baremo de muestra no clínica.

Tabla 6: Comparación resultados PRE-POST en el SCL-90-R.

Escala	Centil PRE (baremo muestra no clínica)	Centil POST (baremo muestra no clínica)
Somatización (SOM)	90	55
Obsesión-Compulsión (OBS)	80	55
Sensibilidad interpersonal (INT)	75	20
Depresión (DEP)	95	35
Ansiedad (ANS)	92	55
Hostilidad (HOS)	80	34
Ansiedad fóbica (FOB)	69	5
Ideas paranoides (PAR)	80	5
Psicoticismo (PSI)	93	5

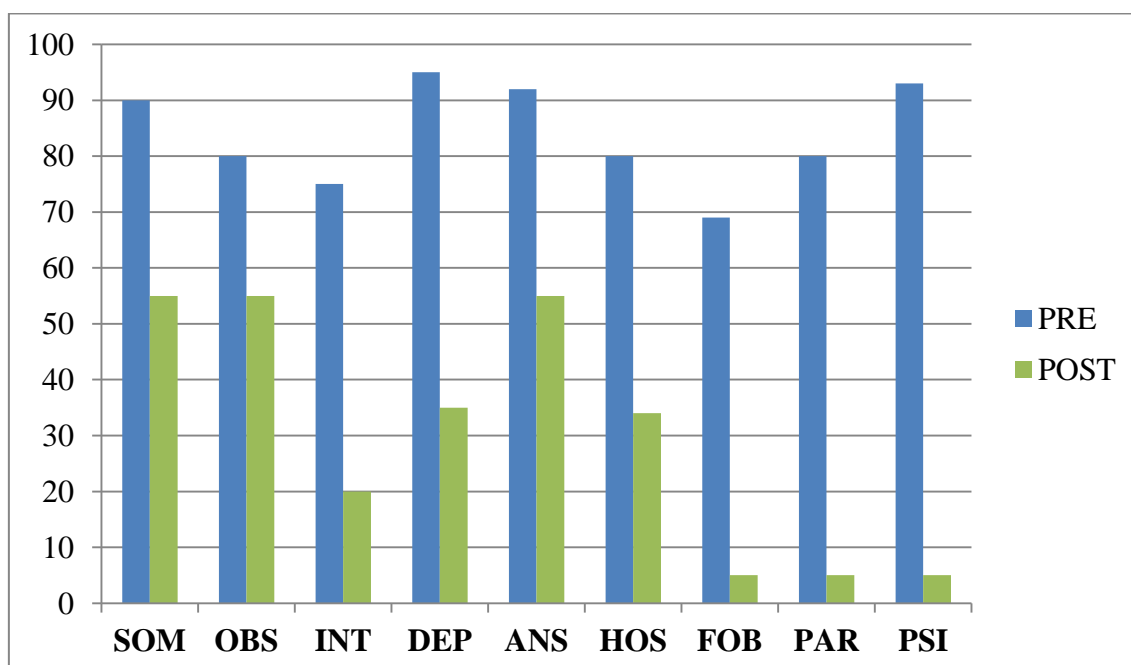
Antes del tratamiento R.V. obtiene puntuaciones altas en todas las dimensiones psicopatológicas medidas por este cuestionario, destacando puntuaciones por encima del centil 90 en las escalas de somatización, depresión, ansiedad y psicoticismo.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Después del tratamiento se observan importantes diferencias en las puntuaciones, con reducciones drásticas en todas las escalas. Tras la intervención realizada, todas las escalas se sitúan en la media poblacional de la muestra no clínica o por debajo de la misma, lo que indica la erradicación de toda sintomatología clínica o su presencia en niveles similares a los de la población general.

En el Gráfico 1 se representan las diferencias en las puntuaciones obtenidas en los dos momentos de la evaluación en cada una de las dimensiones. Destaca la reducción drástica de las puntuaciones en las escalas de depresión, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo.

Gráfico 1: Comparación resultados PRE-POST en el SCL-90-R.



5.1.2. Sintomatología ansiosa (STAI).

La sintomatología ansiosa se cuantificó mediante el cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 2008).

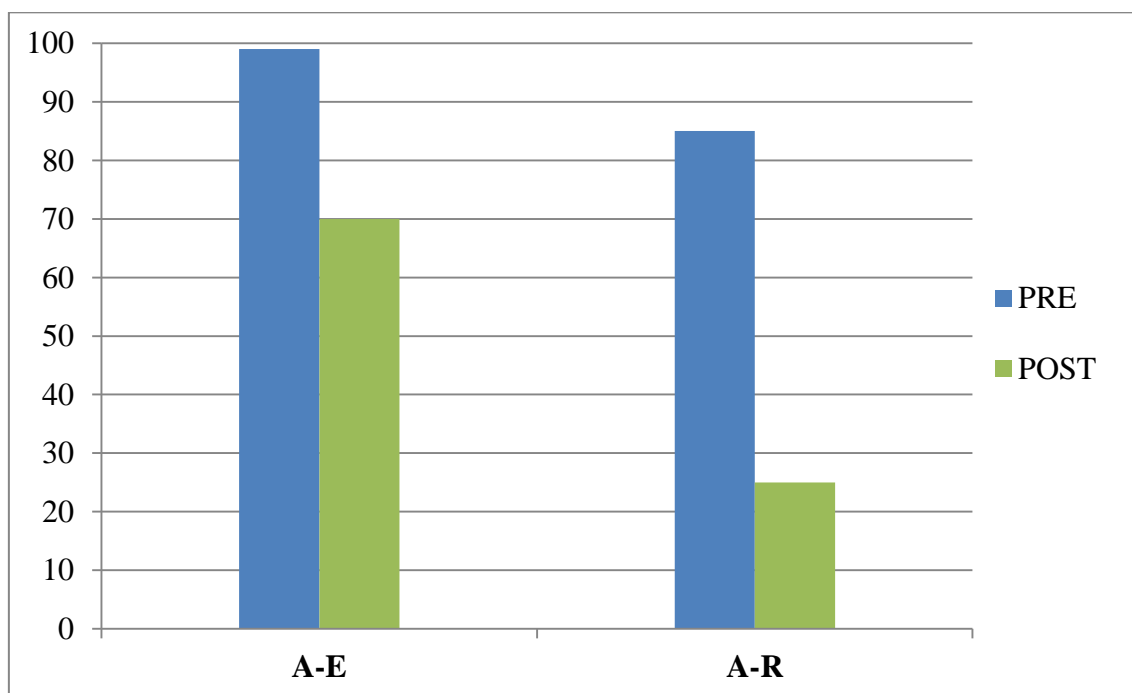
Los resultados de R.V. en el momento de la evaluación inicial reflejaban un estado de ansiedad extremo, situándose en un centil 99 en la sub-escala de ansiedad estado (A-E). Los resultados también eran altos en la sub-escala de ansiedad rasgo (A-R) situándose en un centil 85. Esto indica que R.V. es una persona que presenta una predisposición a reaccionar de forma ansiosa ante los acontecimientos vitales. Sin

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

embargo, la diferencia entre ambas puntuaciones indica que la ansiedad experimentada en el momento de acudir a tratamiento era superior a la esperable por esa predisposición y que, por lo tanto, se debía a la existencia de los acontecimientos vitales estresantes comentados anteriormente en la descripción del caso.

En el momento de la evaluación final se encuentra una disminución de la sintomatología ansiosa, tanto en la sub-escala de ansiedad estado (A-E) como en la de ansiedad rasgo (A-R) con una puntuación situada en el centil 70 y 25 respectivamente. Esto constituye una diferencia importante en la sintomatología ansiosa, sobre todo en la predisposición a experimentar este tipo de síntomas, que se reduce hasta un nivel inferior a la media poblacional. Esta diferencia no es tan llamativa en la ansiedad estado en la que pese a producirse una reducción importante, continúa en un nivel significativamente por encima de la media poblacional. A continuación (Gráfico 2) se presentan las diferencias obtenidas en ambas sub-escalas.

Gráfico 2: Comparación resultados PRE-POST en el STAI.



5.1.3. Sintomatología depresiva (BDI-II).

En relación a los síntomas de tipo depresivo, medidos mediante el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996), la paciente obtiene una puntuación directa de 19 en el momento de la evaluación inicial. Esta puntuación se

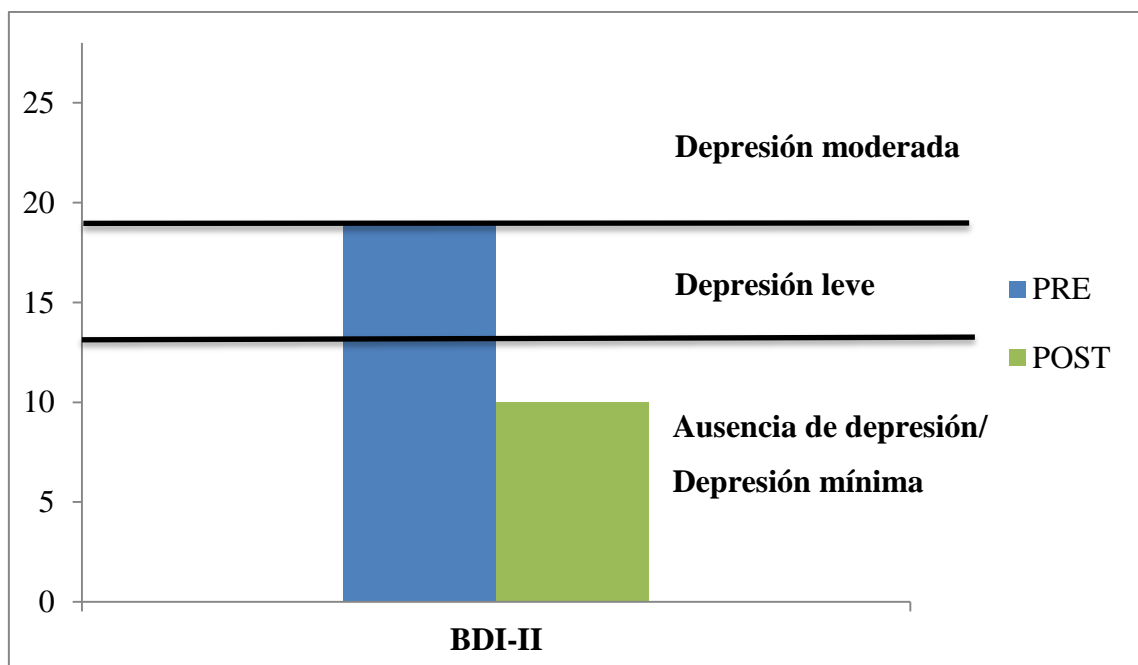
Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

corresponde al límite superior de la categoría interpretativa de depresión leve, aplicable a las puntuaciones situadas entre 14 y 19.

Al finalizar el tratamiento, la puntuación directa obtenida por R.V. es de 10 puntos, que se corresponde a la categoría de ausencia de depresión/depresión mínima, aplicable a puntuaciones entre 0 y 13 puntos.

Esto revela una diferencia de 9 puntos entre ambas evaluaciones (ver Gráfico 3), produciéndose un cambio en la categoría interpretativa de la puntuación que indica la desaparición de los síntomas de tipo depresivo tras la intervención realizada.

Gráfico 3: Comparación resultados PRE-POST en el BDI-II.



5.1.4. Habilidades sociales (EHS).

Para evaluar las habilidades sociales de R.V. y, en concreto, su nivel de asertividad en diversas situaciones se utilizó la escala de habilidades sociales (EHS) (Gismero, 2000).

A continuación (Tabla 7) se presentan las puntuaciones obtenidas por la paciente en la evaluación inicial y tras el tratamiento en cada una de las sub-escalas evaluadas por el EHS, así como la puntuación global expresadas en centiles.

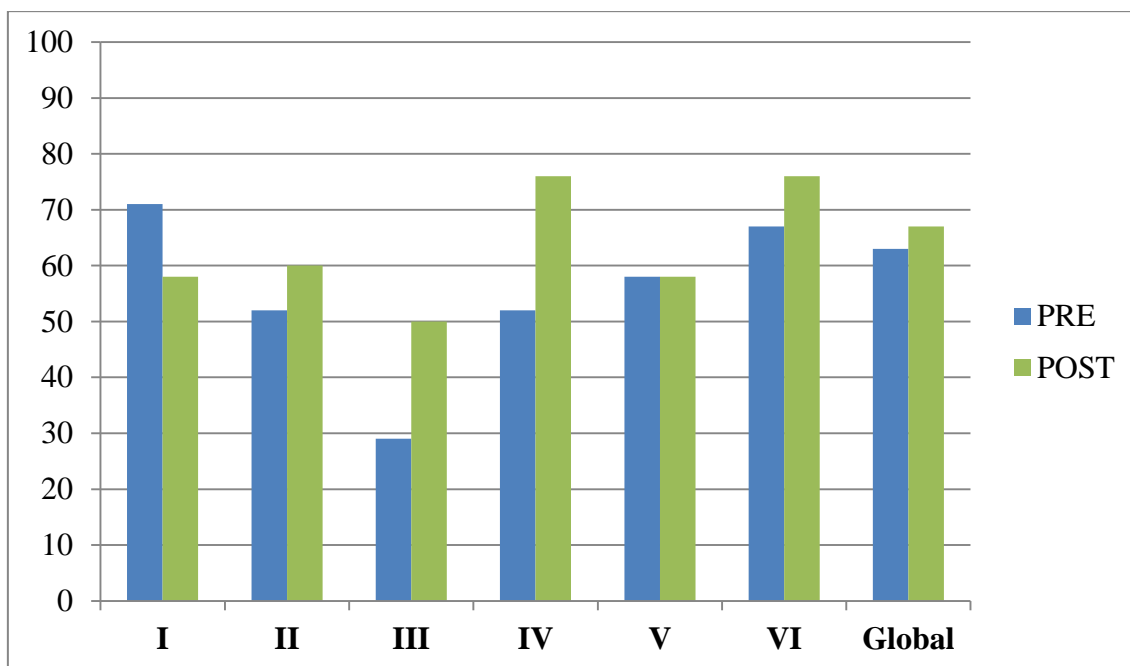
Tabla 7: Comparación resultados PRE-POST en el EHS.

Sub-escala	Centil PRE	Centil POST
I: Autoexpresión en situaciones sociales	71	58
II: Defensa de los propios derechos como consumidor	52	60
III: Expresión de enfado o disconformidad	29	50
IV: Decir No y cortar interacciones	52	76
V: Hacer peticiones	58	58
VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	67	76
Global	63	67

Los resultados al inicio del tratamiento mostraban un buen nivel general de habilidades sociales y asertividad. Sin embargo, R.V. obtenía una puntuación baja en la sub-escala III (expresión de enfado o disconformidad), situándose en un centil 29. Tras el tratamiento, los resultados en esta sub-escala mejoran sustancialmente hasta alcanzar el centil 50, produciéndose también leves aumentos en la práctica totalidad de sub-escalas y en la puntuación global. Sin embargo, en la sub-escala I (autoexpresión en situaciones sociales) se produce un descenso de la puntuación, aunque manteniéndose por encima de la media poblacional.

Pese a estas variaciones, podemos afirmar que las habilidades sociales en el post-tratamiento se incrementaron con respecto a la evaluación inicial, sobre todo en aquellos ámbitos que resultaban más problemáticos para R.V., como se puede observar en el Gráfico 4.

Gráfico 4: Comparación resultados PRE-POST en el EHS.



5.1.5. Estilo cognitivo.

En cuanto a la presencia de ideas irracionales evaluadas a través del cuestionario de estilo cognitivo (adaptado por Mansilla-Cabanillas, 2012), en la Tabla 8 se muestran las puntuaciones directas obtenidas en la evaluación inicial y en la realizada después del tratamiento en cada una de las ideas irracionales evaluadas.

Tabla 8: Comparación resultados PRE-POST en el Cuestionario de Estilo Cognitivo.

Ideas irracionales	PRE	POST
1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos	1	1
2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	5	3
3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	1	0
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	8	2

Tabla 8: Comparación resultados PRE-POST en el Cuestionario de Estilo Cognitivo (cont.).

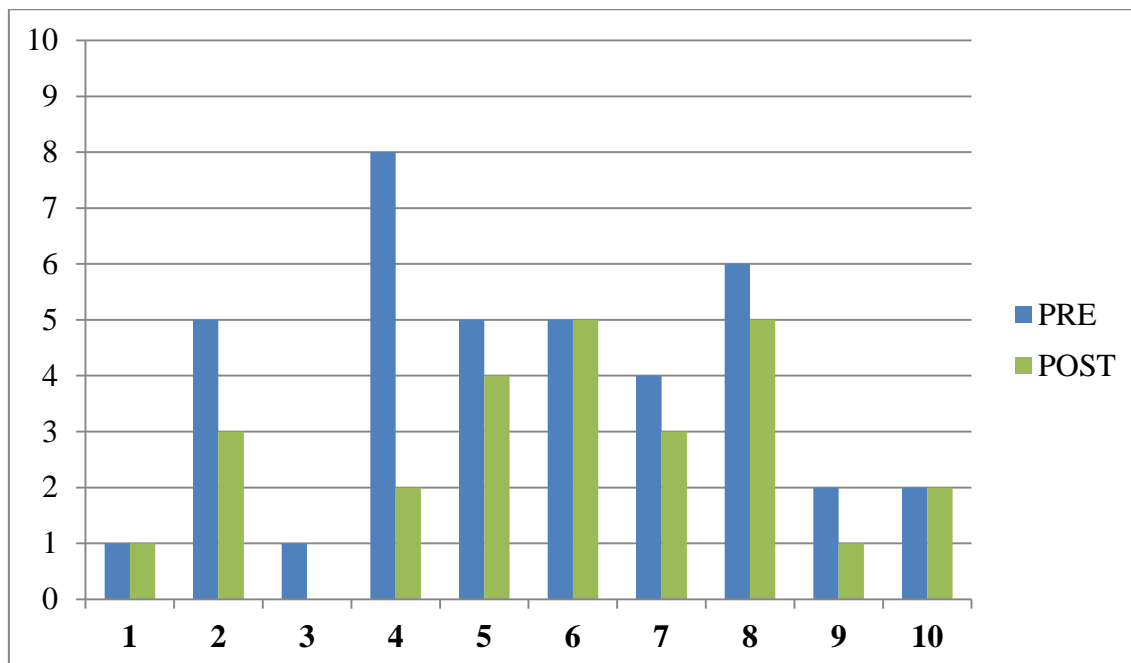
Ideas irracionales	PRE	POST
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según los acontecimientos inciden sobre sus emociones.	5	4
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	5	5
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	4	3
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.	6	5
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.	2	1
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	2	2

Podemos observar que antes del tratamiento, la creencia que contaba con una puntuación más alta es la que se resume como “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”. Esta creencia indica una cierta indefensión ante los acontecimientos vitales, que se perciben como fuera del control de la persona y como muy negativas y catastróficas y refleja claramente la reacción ante la enfermedad dental de la paciente al inicio del tratamiento. Sin embargo, tras el tratamiento esta idea se modifica y reduce su credibilidad, mostrando una puntuación de 2 sobre 10 puntos, lo que conlleva una reducción de 6 puntos con respecto al pre-tratamiento.

El resto de creencias evaluadas también presentan puntuaciones menores o iguales tras el tratamiento lo que permite concluir que, de manera general, la paciente ha evolucionado hacia un estilo más racional y reflexivo, presentando pensamientos más ajustados a la realidad.

En el Gráfico 5 podemos observar una representación visual de la fluctuación de los resultados en cada idea irracional evaluada entre la evaluación inicial y la final.

Gráfico 5: Comparación resultados PRE-POST en el Cuestionario de Estilo Cognitivo.



5.2. Análisis cualitativo.

A lo largo del tratamiento se produjeron cambios significativos en la vida de R.V. que no quedan reflejados en los cuestionarios estandarizados de evaluación.

En primer lugar, en cuanto al tratamiento dental y su afrontamiento (objetivo 1.a.), al final del tratamiento psicológico es capaz de enfrentarse a las intervenciones sin solicitar la sedación, sin cerrar los ojos y sin radio. Además, refiere que durante las últimas intervenciones se encontraba mucho más relajada, con menos tensión muscular en la zona de la espalda y el cuello y que incluso fue capaz de bromear con el odontólogo mientras le realizaba el tratamiento.

Con respecto a la interpretación de la enfermedad (objetivo 1.b.), sus verbalizaciones en sesión cambian desde una interpretación catastrofista de lo que le ocurre como “He perdido mi esencia”, “Nunca voy a volver a ser la misma”, “Me veo tan joven y tomando tantas pastillas...”, “Me da pánico que me pase algo más” hacia una interpretación positiva de la enfermedad y del aprendizaje realizado como consecuencia del proceso terapéutico como “Los problemas de la boca me han venido

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

bien para mejorar en todos los ámbitos de mi vida y han provocado muchos cambios en mi relación con los demás”.

En cuanto al conflicto con su vecina (objetivo 1.c.), ya no presenta conductas de evitación ni escape ante un posible encuentro y no experimenta ansiedad cuando se encuentra con ella. Además, cambia también su forma de interpretarlo, desde una pérdida de una amistad a algo que incluso tiene un significado positivo para ella, con verbalizaciones como “Echo de menos a la niña, pero a ella para nada, era una persona tóxica que nunca se portó bien conmigo”.

Por otro lado, con respecto a la relación con su madre (objetivo 1.c.), R.V. se muestra capaz de comunicarle sus decisiones y opiniones, aunque no esté de acuerdo con ella. Esto se ve reflejado en varias situaciones ocurridas durante el proceso terapéutico. La paciente llevaba años pensando en vender su casa pero no era capaz de plantear esa posibilidad ante su madre por temor a su posible reacción y su negativa, ya que a ella le gustaba mucho y fue comprada con la herencia recibida por la muerte de su padre. Sin embargo, al final del tratamiento, R.V. no solo había sido capaz de decirle a su madre que quería venderla sino que había encontrado comprador y había encontrado una nueva vivienda a la que trasladarse. De hecho, en la última sesión ya estaba planificando su mudanza. También refirió otras situaciones con su madre en las que fue capaz de negarse a las demandas que le realizaba y con las que no estaba de acuerdo (por ejemplo asistir a una comunión).

Además, sus habilidades asertivas no solo mejoraron su comunicación con su madre sino también con otras personas de su entorno como su marido o sus amigas. Por ejemplo, fue capaz de decirle a una amiga que no quería quedar con ella porque le apetecía hacer otra cosa y afirma que “No me siento mal por decirle que no por estar mejor yo y no me siento culpable, antes nunca habría sido capaz”.

En cuanto al nivel de actividad (objetivo 2.b.), al final del tratamiento R.V. había retomado sus reuniones con sus amigas para desayunar a las que acudía prácticamente a diario y había comenzado actividades nuevas como salir a pasear todos los días, acudir al teatro o hacer manualidades.

Por otro lado, pese a que no se realizó ninguna intervención en ese sentido, R.V. consiguió trabajo como productora de teatro, algo que consideraba como uno de sus

objetivos a largo plazo y que consiguió por sí sola antes de plantearle la posibilidad de ayudarle a planificar la búsqueda.

6. Discusión y conclusiones.

El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de una paciente con fobia al tratamiento dental y síntomas de ansiedad y depresión, que según criterios del DSM-5 (APA, 2014) cumpliría los criterios diagnósticos de fobia específica y trastorno de adaptación, así como evaluar la viabilidad del tratamiento psicológico realizado, basado en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

En el momento de evaluación inicial, R.V. presentaba un nivel extremo de ansiedad generalizado, que empeoraba con la anticipación o la exposición al tratamiento odontológico. Asimismo, mostraba sintomatología depresiva de importancia clínica, un bajo nivel de asertividad, sobre todo en situaciones de desacuerdo con otras personas, así como diversas creencias irracionales que influían en su problemática. Dichos resultados de evaluación se obtuvieron a partir de la información proporcionada por la paciente, a través de la entrevista, la historia biográfica del centro, los auto-registros y diversos cuestionarios estandarizados.

Las técnicas seleccionadas para el tratamiento se fundamentaron en las variables causales identificadas en el análisis funcional del caso e incluyeron tanto técnicas conductuales (exposición en vivo, relajación muscular progresiva, entrenamiento en asertividad y activación conductual) como técnicas de tipo cognitivo (psicoeducación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y biblioterapia). No se tuvo en cuenta la etiqueta diagnóstica en la planificación del tratamiento sino la información individualizada sobre las variables mantenedoras de los principales síntomas referidos.

En comparación con las recomendaciones encontradas en bibliografía sobre las técnicas a utilizar en los casos diagnosticados con trastorno de adaptación o con fobia específica encontramos similitudes y diferencias.

Con respecto a las técnicas estudiadas para el tratamiento psicológico del trastorno de adaptación se incluían técnicas de relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, ejercicios con imágenes mentales y resolución de problemas (Morera y Calvo, 1998). Sin embargo, no existen datos de eficacia de las

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

diferentes intervenciones o de las más recomendadas para estos casos. Las técnicas utilizadas en el caso presentado se corresponden en parte con alguna de las que se proponen, aunque se han incluido muchas otras dirigidas al tratamiento de los problemas específicos que presentaba la paciente en diversos ámbitos. Con respecto a las diferentes actuaciones posibles con respecto al estresor mencionadas por Casey (2009), en este caso se ha optado por la utilización de técnicas dirigidas a facilitar la adaptación al estresor, cambiando el significado y concepto de la enfermedad y en modificar la respuesta de ansiedad extrema y bajo estado de ánimo que se producía como consecuencia del mismo. Esto se debe a que en este caso resultaba imposible la eliminación del estresor, tratándose de un problema de salud que requería tratamiento y que no se podía ignorar.

En cuanto a la fobia al tratamiento dental, distintos autores coinciden al afirmar que la técnica de elección principal es la exposición al estímulo temido (Wolitzky-Taylor et al., 2008; Choy, Fyer y Lipsitz, 2007). Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la paciente ya se estaba exponiendo a la situación, aunque de una manera poco efectiva y contraproducente, que mantenía la sintomatología ansiosa. Esto, junto con la interpretación negativa de sus síntomas y los constantes ensayos de condicionamiento encubierto se constataron como los principales factores de mantenimiento del miedo. Por ello, las técnicas de elección debían dirigirse a esos factores de mantenimiento, con el objetivo de eliminar las conductas de seguridad, las creencias irracionales y los ensayos en imaginación y las rumiaciones y pensamientos constantes sobre la enfermedad y el tratamiento al que debía someterse.

En cuanto a la comorbilidad entre ambos trastornos, no existen estudios de eficacia, al tratarse de una combinación muy específica de síntomas y características. Sin embargo, Ballesteros, Cruzado, Lozano y Sánchez (2005) describen un estudio de caso único con una problemática similar a la presentada por R.V. Así, el estresor principal es una enfermedad, en su caso cáncer de colon, ante el que reacciona con una bajada brusca del estado de ánimo y sintomatología ansiosa. Además, también presenta ansiedad fóbica ante el tratamiento, en su caso de quimioterapia. Como consecuencia de estas similitudes, las técnicas seleccionadas por estos autores se aproximan en gran medida a las utilizadas en el presente trabajo e incluyen: psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, desensibilización sistemática,

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad. En el caso mencionado, se consigue tratar de forma exitosa ambas problemáticas y la eliminación de la sintomatología ansiosa y de bajo estado de ánimo.

En relación a la valoración de la intervención realizada, teniendo en cuenta los resultados obtenidos de los cuestionarios y los observados a nivel cualitativo, se puede concluir que el tratamiento ha sido eficaz, puesto que se han alcanzado todos los objetivos terapéuticos planteados. La paciente ha reducido en gran medida su nivel de ansiedad, sobre todo en relación a su predisposición a reaccionar de manera ansiosa ante los acontecimientos vitales. Ha sido capaz de enfrentarse a los tratamientos odontológicos restantes sin realizar las conductas de seguridad y sin experimentar ansiedad ni en el momento del tratamiento ni en su anticipación (objetivo 1.a). Igualmente, ha cambiado su interpretación de la enfermedad y de lo que supone en su vida, así como de sus síntomas, que ya no entiende como crónicos e incurables sino como una reacción ante una situación estresante (objetivo 1.b). Además, ha reelaborado el conflicto con su vecina, de manera que ya no le afecta en su vida diaria, no presentando conductas de evitación ni ansiedad ante un posible encuentro y tampoco culpabilidad o malestar por la pérdida de la relación con ella. Asimismo, ha mejorado la relación y la comunicación con su madre, siendo capaz de exponerle sus opiniones incluso cuando eran contrarias a las suyas y de negarse a sus demandas cuando no estaba de acuerdo con ellas (objetivo 1.c). Por último, desaparecen los síntomas de bajo estado de ánimo y las creencias irracionales mantenedoras del mismo (objetivo 2.a). De la misma forma, R.V. mantiene un adecuado nivel de actividades agradables al finalizar el tratamiento (objetivo 2.b).

Por otro lado, el tratamiento también resulta eficiente, ya que se consiguen los objetivos propuestos en 11 sesiones de una hora de duración a lo largo de 5 meses de tratamiento. Sin embargo, no solo se consiguen los objetivos propuestos sino que se produce un gran cambio en la vida de R.V. en otros ámbitos. Encuentra un trabajo, mejora su comunicación en sus relaciones sociales con otras personas (además de su vecina y su madre) y vende su casa y organiza la mudanza. La aparición de estas nuevas circunstancias hace que no pueda reducirse totalmente el estado de ansiedad de R.V., evidenciado por sus resultados en la sub-escala de ansiedad estado del STAI, ya que debe enfrentarse a multitud de nuevos estresores (trabajo exigente, venta de la casa,

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

compra de una nueva, reforma, etc.). En este caso, es capaz de afrontarlos de manera más eficaz gracias a las estrategias adquiridas durante el tratamiento, aunque siguen provocando un estado de nerviosismo y preocupación que parece ser el responsable de que el estado de ansiedad no se reduzca totalmente.

Estos resultados solo han sido posibles gracias a la planificación del tratamiento mediante un exhaustivo análisis funcional que permitió detectar las variables intervinientes en el mantenimiento de los diversos síntomas. De hecho, al tratarse de un caso en el que existe comorbilidad y en el que uno de los diagnósticos no cuenta con una técnica de elección recomendada, la única alternativa posible era planificar una intervención totalmente personalizada y adaptada al caso. Aún en el caso de la fobia específica, en la que la literatura sí especifica un tratamiento de elección, éste no habría resultado de utilidad en este caso, dado que las variables mantenedoras requerían una intervención a nivel cognitivo, en relación a los pensamientos y ensayos de condicionamiento encubierto y no a una conducta de evitación propiamente dicha.

Incluso en otros casos en los que existe un claro diagnóstico, en los que la persona se ajusta a sus características generales y que dispone de un tratamiento especificado, la cantidad de información valiosa que proporciona un análisis de las características concretas del caso no puede compararse con la que proporciona un diagnóstico. Éste solo puede facilitar datos generales y comunes sobre las características de las personas que comparten una misma etiqueta, pero no es capaz de hablarnos de la historia de la persona que tenemos delante y que acude a tratamiento y que resulta de vital importancia en la elección de tareas, técnicas e incluso en la temporalización del tratamiento. Por este motivo, aunque la información proporcionada por el diagnóstico puede resultar de utilidad, sobre todo a la hora de comunicarse entre profesionales y de detección de similitudes entre casos, creo que el análisis funcional es una herramienta indispensable en el tratamiento de cualquier caso clínico independientemente de sus características y que no debería prescindirse de su utilización en ningún caso a la hora de planificar una intervención.

Referencias.

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... y Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(s420), 21-27.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ballesteros, M., Cruzado, J. A., Lozano, A., y Sánchez, P. (2005). Evaluación y tratamiento psicológico de un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. *Psicooncología*, 2(1), 139-148.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becker, E. S., Rinck, M., Turke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., y Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69-74.
- Bolu, A., Doruk, A., Ak, M., Özdemir, B., Özgen, F. (2012). Suicidal Behavior in Adjustment Disorder Patients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25 (1), 58-62.
- Bonet, J. I. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- Casey, P. (2014). Adjustment Disorder: New Developments. *Current psychiatry reports*, 16 (6), 1-8.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder. Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *CNS drugs*, 23(11), 927-938.
- Choy, Y., Fyer, A. J., y Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27(3), 266-286.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R- Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., y Wilkinson, G. (1998). Outcomes of depression international network (ODIN). *The British Journal of Psychiatry*, 172, 359-63.
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., y Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour research and therapy*, 34(1), 33-39.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (2008). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gismero, E. (2000). *EHS: Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Greenberg, W. M., Rosenfeld, D. N., y Ortega, E. A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 459-461.
- Grenier, S., Schuurmans, J., Goldfarb, M., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K., ... y Hudon, C. (2011). The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. *Depression and anxiety*, 28(6), 456-463.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Koran, L. M., Sheline, Y., Imai, K., Kelsey, T. G., Freedland, K. E., Mathews, J., y Moore, M. (2002). Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services*, 53, 1623-1625.
- Kryzhananovskaya, L. y Canterbury, R. (2001). Suicidal behaviour in patients with adjustment disorders. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(3), 125-131.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., y Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(11), 1745-1752.
- Mehnert, A., y Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, 16(3), 181-188.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Morera, J., Calvo, E. (1998). Trastornos adaptativos. En J. L. Vázquez, *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 307-319). Madrid: S.L. Grupo Aula Médica.
- Mowrer, O. H. (1969). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., ... y Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast cancer research and treatment*, 61(2), 131-137.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M. y Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder: clinical characteristics of adolescent outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 174-180.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E., y Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Renfrey, G., y Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

- Santandreu, R. (2011). *El arte de no amargarse la vida*. Barcelona: Oniro.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2011). Fobia específica. En C. Almendros, P. J. Amor, V. Andrés, M. M. Antequera, L. E. Aragón B. Arias, ... L. Vivancos, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 151-171). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (8ª ed. rev.)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfield, M., Muskin, P., ... y Schleifer, S. S. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General hospital psychiatry*, 20(3), 139-149.
- Sturmey, P. (Ed.). (2011). *Functional analysis in clinical treatment (Practical Resources for the Mental Health Professional)*. Burlington: Academic Press.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- Virués-Ortega, J., Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 567-587.

Intervención psicológica en un caso de fobia al tratamiento dental con síntomas de ansiedad y bajo estado de ánimo

Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., y Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037.