



■ artículo

SCV Societat Catalana
de Victimologia

SOCIEDAD VASCA DE VICTIMOLOGÍA
SOCIAL ESTIMOLOGICAL SOCIETY

HUYGENS
EDITORIAL

REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY
Online ISSN 2385-779X
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com
DOI 10.12827/RVJV.9.01 | N. 9/2019 | P. 31-55
Fecha de recepción: 20/07/2019 | Fecha de aceptación: 22/10/2019

Relación entre los sucesos vitales estresantes y el desarrollo de sintomatología ansiosa y somática: Evaluación y tratamiento de un caso clínico

Relationship between stressful life events and the onset of anxious and somatic symptoms: a clinical case study

Pedro Neira

Clinica López Ibor

Pilar Martínez

Arturo Soria psicólogos

Carolina Marín

Francisco Estupiñá

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UCM

Resumen

Se describe el caso clínico de una mujer, A.C. de 48 años. Acude a consulta aquejándose de dolor crónico y de ansiedad. Durante el proceso de evaluación, informa de una historia de acontecimientos estresantes y traumáticos desde la infancia y en los últimos años. Tras la realización de la formulación del caso, se observa que los sucesos vitales estresantes y traumáticos vividos durante los últimos años, si bien no han llegado a provocar un trastorno de estrés postraumático (TEPT), sí una manera de interpretar su entorno como un lugar amenazante, anticipando eventos negativos y originando síntomas propios de ansiedad generalizada.

Dentro de la terapia cognitivo-conductual, se aplicó un tratamiento multicomponente para reducir la ansiedad y la percepción de la experiencia de dolor.

Tras la intervención se observa en A.C. una reducción de la sintomatología de ansiedad y de la percepción del dolor, así como una mejora en su bienestar general.

Palabras clave

Ansiedad generalizada, dolor crónico, sucesos vitales estresantes, tratamiento psicológico, terapia cognitivo conductual.



ABSTRACT

The case of A.C, a 48-year-old woman which demands treatment due to anxiety and chronic pain, is described. During the assessment, A. C. described a history of stressful and traumatic events during her life, and in the last years. After the assessment and the case formulation it's considered that these stressful and traumatic events, while not producing a PTSD, do produce posttraumatic symptoms, and, specially, a way of interpreting her context as a threatening one, foreseeing negative outcomes and originating anxiety related symptoms. Also, the treatment and surgical interventions for breast cancer could be the origin of her pain problem.

Cognitive- behavioral treatment, a multicomponent treatment aimed at the reduction of anxiety and the feelings of pain.

After treatment, a reduction of anxiety symptoms and pain experience are observed, and also is an improvement in everyday quality of life and general well-being.

Keywords

Generalized anxiety, chronic pain, stressful life events, psychological treatments, Cognitive-Behavioral Therapy.



1. Introducción

Los investigadores Grant y cols., (2003) conciben como suceso vital estresante (SVE) aquel acontecimiento que supone una amenaza al bienestar de las personas. Se incluyen dentro de estas experiencias tanto acontecimientos traumáticos agudos, como también acumulación de eventos estresantes y estresores cotidianos (Citado en Bruguera, 2016). De esta forma no todos los eventos vitales estresantes constituyen necesariamente acontecimientos traumáticos.

La acumulación de SVE junto con escaso apoyo social, constituye un factor precipitante o de riesgo para sufrir un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Hartley, Violanti, Sarkisian, Andrew y Burchfiel, 2013; Lian, Xiao, Wang y cols., 2014). Por el contrario, la estabilidad social y la escasez de eventos estresantes previenen de la aparición del TEPT (Hepp y cols., 2006). Los SVE se han definido como un fenómeno económico, social, psicológico o familiar, brusco, que produce desadaptación social o distrés psicológico; el trastorno sería el resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés (Gasull, 2015).

Otros autores, como Revilla (1994), indican que los SVE producen un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas, en un intento de adaptarse a la situación, pudiendo producir cambios en la salud, como aparición de enfermedades o empeoramiento de las ya existentes. Esta idea se apoya en el estudio de Shrier y Shrier (2009), que confirma la presencia de SVE como generadores de problemas en la salud física y psicológica.

Al hilo de lo anterior, y con la finalidad de distinguir la normalidad de la patología, se están llevando a cabo revisiones diagnósticas de los trastornos relacionados con el estrés por la APA y las OMS. Parece que, entre las posibles propuestas, estaría la creación de una nueva categoría situándolos fuera de los trastornos de ansiedad. Según Maercker *et al.*, 2013, esto se basa en la consideración de que las reacciones de estrés agudo pueden entrañar una serie de síntomas a nivel físico y psicológico, y requerir atención clínica, suponiendo esto una reacción normal y no un trastorno en sí mismo (Citado en Bruguera, 2016).

Por otro lado, relacionando los eventos vitales estresantes con la ansiedad, los investigadores Ayazi, Lien, Eide, Swartz y Hauff (2014) afirman la existencia de una relación directa e independiente de este tipo de sucesos con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, específicamente trastornos de ansiedad generalidad (TAG) y de pánico, en contextos bélicos.

Desde la terapia cognitiva de Beck estos trastornos de ansiedad se ven como el resultado de formas desajustadas de percibir la realidad (Beck, 1986); además, estas formas de percibir la realidad son aprendidas, por lo que las experiencias vitales intervienen en su adquisición y automatización. Por tanto, la



experiencia de SVE podría influir sobre la forma de percibir la realidad, generando interpretaciones distorsionadas que mantienen los problemas de ansiedad. Siguiendo esta línea, se podría establecer una relación entre SVE pasados y trastornos de ansiedad.

Otras investigaciones ponen de manifiesto que, la acumulación de SVE puede, de la misma manera que ocurría con el TEPT, actuar como un factor precipitante y de riesgo de algún trastorno de ansiedad (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2004). Además, existe una correlación positiva entre haber experimentado sucesos vitales traumáticos en la infancia y la gravedad de los trastornos de ansiedad (Friedman y cols., 2002). En la misma línea, Sandín y cols., (2006), dan importancia a la percepción de SVE como factor precipitante o de riesgo para padecer trastornos de pánico, modulando la gravedad del trastorno. Centrándonos en estos últimos trabajos, si los SVE experimentados son percibidos como traumáticos, precipitarían y agravarían la presencia de trastornos de ansiedad. Por lo tanto, la acumulación de acontecimientos traumáticos y la experimentación de un TEPT anterior, (donde los acontecimientos se perciben como traumáticos), podrían actuar como un factor precipitante del TAG.

Según el DSM-5, el TAG está asociado a los siguientes síntomas: nerviosismo, inquietud, sentimiento de agobio, cansancio sin haber realizado esfuerzos que lo justifiquen, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (American Psychiatric Association, 2014). Se trata de un trastorno muy prevalente a nivel mundial (3,7%), siendo la prevalencia en España inferior, del 1,9%. El TAG, generalmente comienza con la edad adulta y persiste con el tiempo. La comorbilidad con otras problemáticas es alta, del 81,9%, especialmente con trastornos del estado de ánimo (63%) y otros trastornos de ansiedad (51,7%) (Ruscio y cols., 2017). El TAG provoca malestar clínicamente significativo y un deterioro del funcionamiento de quien lo padece en las diferentes áreas de su vida.

Adicionalmente, la relación entre ansiedad y dolor crónico ha sido constatada en numerosos estudios (McCraven e Iverson, 2001; Pérez- Pareja, y cols., 2004; Turk y cols., 2002) observándose incluso una etiopatogenia común (Arango-Dávila, y Rincón-Hoyos, 2016).

El dolor crónico afecta a un 20% de la población Europea, (Van Hec- ke, Torrance y Smith, 2013). La experiencia esta ligada a procesos cognitivos y emocionales, como podemos ver en trabajos como Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef y Patijn (2005), poniéndose de manifiesto la importancia de las creencias en la experiencia de dolor y la calidad de vida.

Truyols Taberner, Pérez Pareja, Medinas Amorós, Palmer Pol, y Sesé Abad, en su revisión teórica del 2008, concluyen que, según diversos estudios,



se ha observado que la ansiedad podría actuar potenciando y manteniendo ese dolor, y que, cuanto mayor fueran los niveles de ansiedad, el dolor será percibido como más intenso y desagradable. Así mismo, concluyen que las personas con dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que la población general.

Por lo tanto, y a la vista de la interrelación entre SVE, TAG y dolor, resulta de interés comprobar si una intervención psicológica basada en la evidencia, centrada en la ansiedad, produciría mejoría en la vivencia subjetiva del dolor.

2. Objetivos

El **objetivo general** de este artículo es presentar un caso clínico sobre acumulación de sucesos vitales estresantes en la infancia y eventos traumáticos en la edad adulta, y su manifestación en sintomatología ansiosa y somática.

Como **objetivos específicos** destacamos:

- Presentar el proceso de evaluación llevado a cabo para definir la sintomatología relevante y el diagnóstico clínico
- Presentar el tratamiento aplicado y su evaluación posterior con el fin de estudiar su eficacia.
- Mostrar a través del caso clínico, la relación entre eventos vitales estresantes y objetivamente traumáticos a lo largo de la vida y su repercusión en sintomatología ansiosa y somática.
- Reflexionar sobre cuándo y por qué surge la sintomatología clínica y el diagnóstico tras años de experimentar sucesos vitales estresantes y eventos objetivamente traumáticos.
- Comparar resultados previos encontrados en la bibliografía con los obtenidos con la finalidad de establecer puntos débiles y fuertes, que puedan suponer implicaciones prácticas para estudios futuros.

3. Identificación de la paciente

A.C. es una mujer de 48 años, de nacionalidad española, divorciada y con 2 hijos con los que convive. De nivel socioeconómico medio-bajo, se encuentra en paro a inicio de la evaluación. Solicita consulta por sí misma, refiriendo elevado interés y motivación hacia la terapia. El marco asistencial es privado. A.C. da su consentimiento para publicar este caso clínico.



4. Análisis del motivo de consulta

Acude a consulta refiriendo sentirse inquieta, con “*muchos nervios*”, sintomatología de ansiedad, destacando anticipación constante de acontecimientos negativos.

Además, refiere dolor crónico, con sintomatología heterogénea, anunciando síntomas como abrasión, dolores tensionales de cabeza, rigidez o dolor muscular.

Todo lo anterior, según refiere, le está creando pérdida de bienestar y disfrute, problemas familiares y dificultades laborales.

Aunque refiere haber recibido atención psicológica previa, la paciente decide acudir de nuevo a consulta debido a un incremento en la clínica afectiva y la percepción del dolor en los últimos años. Se muestra abordable durante la evaluación y el proceso de tratamiento.

Tanto la evaluación como el proceso terapéutico han sido llevados a cabo por el mismo profesional.

5. Proceso de evaluación

5.1. Historia del problema

La paciente es una mujer con estudios básicos, en la actualidad desempleada. Anteriormente refiere desempeño de trabajos indeseados donde percibía limitaciones físicas y cognitivas para llevarlos a cabo.

Durante la entrevista, apenas destaca eventos positivos en su vida. A continuación, se detallan algunos de los acontecimientos que describe.

Refiere haber vivido desde la infancia en compañía de sus abuelos y haber estado a cargo de ellos. A los 13 años fallece su abuelo, con el que estaba muy unida y cinco años después, su abuela.

Con 12 años, dice presenciar un accidente grave de un vecino de su edad y percibe que, tanto los vecinos como su madre la culpabilizan de este acontecimiento. A.C., también cuenta que este chico intentó forzarla sexualmente en un parque.

Más adelante, cuando era mayor de edad, tiene un accidente con su prima y de nuevo, refiere tener sentimientos de culpa, esta vez es ella la que se siente culpable, y siente que su familia alimenta este sentimiento.

En 2004 sufre directamente los atentados del 11 de marzo, A.C. se encontraba en uno de los trenes, no refiere haber sido diagnosticada de TEPT.



Tras el atentado, se divorcia, y posteriormente sufre un cáncer de mama, que logra superar, refiriendo algunas secuelas físicas, (no movilidad completa del brazo izquierdo). Después, su padre, a quien consideraba una figura de seguridad, padece un cáncer severo y fallece.

Cuando habla de su familia, dice no sentirse apoyada por ellos.

Recientemente, refiere haber sufrido descalificaciones, desprecios y ataques en una asociación de víctimas, donde anteriormente dice haberse sentido muy arropada.

Actualmente, refiere ansiedad anticipatoria generalizada y dolor crónico de intensidad, sintomatología y localización fluctuante.

En el momento actual, se encuentra en una situación económica delicada, creando dicha situación problemas con su familia.

5.2. Técnicas de evaluación empleadas

Durante 5 sesiones se aplican las siguientes técnicas de evaluación:

- **Guía de entrevista clínica general** (Muñoz, 2003): se trata de una entrevista semiestructurada para la evaluación conductual de los problemas del paciente y orientada a la creación de un análisis funcional de la conducta.
- Para continuar con esta evaluación general se aplicó el **Inventario de síntomas SCL-90-R**, (Derogatis, 2001), con el fin de hacer un detección de diferentes problemáticas. Es uno de los 10 tests más usados en la práctica clínica en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) y posee adecuadas características psicométricas. Los coeficientes alfa de Cronbach, (.79-.90) revela una buena consistencia interna para la escala total.
- Con el fin de estudiar y evaluar el funcionamiento en la vida cotidiana y bienestar de la paciente se utilizó el **cuestionario para medir la Discapacidad, WHODAS 2.0**. (OMS, 2015), Versión 36 preguntas. Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud que tiene la persona evaluada; esta validado para población española en diferentes colectivos (población general, pacientes psiquiátricos) y dispone de adecuadas propiedades psicométricas. Se aplicó este mismo cuestionario a la hija de la paciente, para dar solidez a los resultados obtenidos.
- **Autorregistros**: con el fin de explorar el funcionamiento cognitivo de la problemática y detectar posibles sesgos cognitivos.



Tras la aplicación de la entrevista clínica general semiestructurada, (Muñoz, 2004), las pruebas de detección general y los autorregistros, se generaron tres hipótesis diagnósticas: TAG, TEPT, y fibromialgia.

Con el fin de corroborar las hipótesis diagnósticas se aplicaron:

- **La Entrevista diagnóstica en Salud mental**, (Vázquez y Muñoz, 2004): Entrevista que facilita la exploración diagnóstica de los trastornos crónicos en la vida adulta. En concreto, se identificó el TAG y Trastornos Somatomorfos.
- El cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5): (Crespo, Gómez y Soberón, 2016). Se trata de un autoinforme que permite el diagnóstico y la caracterización del Estrés postraumático, así como el funcionamiento del individuo. La escala se compone de 63 ítems divididos en 3 secciones, este autoinforme permite realizar diagnóstico DSM-5. El coeficientes alfa de Cronbach, (.90) revela una buena consistencia interna para la escala total.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Puntuación total de 22 puntos (Pc 20). Puntuación sobre el funcionamiento de 4 puntos (Pc 35). Estos datos no reflejan la presencia de un TEPT, lo que permitió descartar la hipótesis de un posible TEPT en la paciente.

- Por otro lado, se aplicó la **Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, HARS**, (Hamilton, 1959), donde la paciente obtuvo una puntuación de 22 puntos. Con estos datos, y teniendo en cuenta la propuesta de interpretación de Bech, (1993), puede considerarse “Ansiedad Mayor”, ya que sus puntuaciones exceden los 15 puntos propuestos. La HARS está adaptada a población española por Lobo y cols., (2002), obteniendo adecuadas propiedades psicométricas. El coeficientes alfa de Cronbach, (.79 - .86) revela una buena consistencia interna para la escala total.
- Para terminar, y con el fin de poder medir la intensidad subjetiva del dolor de la paciente, se aplicó la Escala Visual Analógica (VAS; Gift, 1989) que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: *Dolor leve* si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. *Dolor moderado* si la valoración se sitúa entre 4 y 7. Y *dolor severo* si la valoración es igual o superior a 8.



Se obtienen unas puntuaciones de 8 sobre 10 en reposo y 5 sobre 10 en movimiento, que indica mayor percepción de dolor por parte de A.C. en ausencia de actividad y escasa estimulación, lo que apoya la idea de que procesos básicos como la atención intervienen en la problemática

5.3. Diagnóstico

Tras la evaluación se podría decir que A.C. tiene un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) según criterios DSM-5 (F41.1), con sintomatología subclínica de estrés postraumático y dolor crónico.

5.4. Formulación clínica del caso

Al inicio de la evaluación, A.C., reconoce preocupaciones constantes hacia lo malo que pudiera ocurrir, tanto a ella como a sus allegados, generando ansiedad y malestar.

Manifiesta estar tensa y alerta ante cualquier situación. Como puede verse en la formulación del caso (figura 1), toda esta problemática podría estar relacionada con la formación de un esquema cognitivo de peligrosidad del mundo, adquirido durante la infancia por la vivencia de SVE; pérdida de abuelos, accidente de vecino y accidente de la prima, todo ello con la percepción de escaso apoyo familiar. Unido a esto, aparecen otros SVE que podrían considerarse desencadenantes de la problemática actual, destacando la vivencia del atentado terrorista del 11M, el divorcio, el padecimiento de un cáncer de mama, y los problemas en la asociación de víctimas, (en ese orden cronológico), todo esto en pocos años. Estos últimos SVE refuerzan este esquema, favoreciendo las anticipaciones de peligros. Todo ello, podría haber desencadenado la presencia de sintomatología relacionada con el TAG. Cabe resaltar este último SVE, los problemas en la Asociación de víctimas. Para A.C. la Asociación era percibida como un espacio de seguridad y de apoyo, según refiere, el único que, a excepción de sus hijos, había tenido incondicionalmente. En la Asociación, según manifiesta, se sentía cuidada, útil e importante. Por esta razón la ruptura con este espacio se considera como desencadenante principal, actuando como variables precipitante y antecedente respectivamente. El escaso apoyo social y familiar percibido, puede considerarse como variable antecedente y mantenedora para el problema. (Hartley y cols, 2014). La sintomatología comienza a manifestarse tras la vivencia del atentado terrorista del 11 de marzo y va incrementándose en su vida, precipitándose tras la intervención quirúrgica por el padecimiento del cáncer y su divorcio, llegando a su mayor expresión tras la salida de la asociación de víctimas de la que formaba parte.



En el momento de su evaluación dice estar en alerta continua, lo que podría estar relacionado con una serie de dolores musculares, a los que atiende y parece magnificar, mediante un proceso de focalización y magnificación de las sensaciones de dolor.

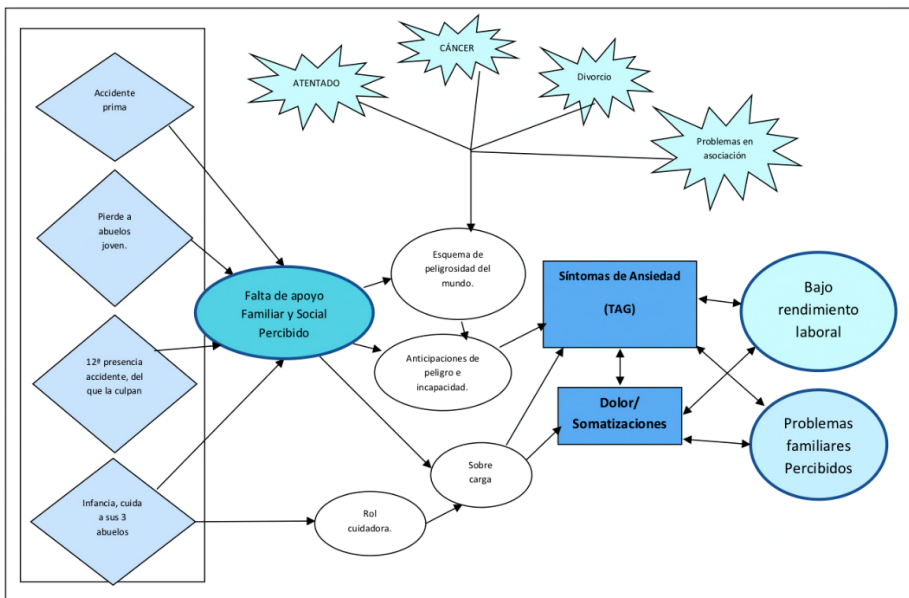
Es importante destacar un rol de cuidadora adquirido de forma temprana. Primero hacia su abuelo, luego hijos y posteriormente hacia su padre. Este rol puede relacionarse con la percepción de la preocupación como algo útil, favoreciendo los procesos anticipatorios y manteniendo el problema.

Por otro lado, podríamos valorar que la problemática de dolor podría relacionarse con la tensión y estrés al que la paciente ha estado sometida durante tiempo prolongado, además de las sensaciones de dolor que A.C., atribuye a la operación de cáncer. Este dolor, con el tiempo, ha pasado a ser un objeto operante, abierto al condicionamiento y susceptible de recibir refuerzos, pudiéndose haber obtenido beneficios secundarios, como el alejamiento del rol del cuidador.

Además, la problemática asociada al dolor comienza a influir en su posible rendimiento laboral, que a su vez repercute en su sintomatología de ansiedad.

A continuación, se muestra la formulación del caso en la figura 1; siguiendo el modelo de Hayes, (2004).

Figura 1. Formulación del Caso





6. Tratamiento

6.1. Establecimiento de metas del tratamiento

De acuerdo con la formulación del caso, se propusieron los siguientes objetivos: Disminuir la respuesta de activación fisiológica y manejo de sintomatología asociada a la ansiedad. Identificar, reinterpretar y manejar las situaciones percibidas como amenazantes. Y reducir y manejar las sensaciones de dolor.

Para ello se pusieron en marcha los siguientes sub-objetivos: Afrontar el día a día con un estado de relajación y no un estado constante de alerta, disminuir ideas irracionales y sesgos asociados a la ansiedad y malestar, flexibilizando el pensamiento y generando pensamientos más ajustados y adaptativos. Y modificar su estilo de afrontamiento, mejorando su estilo de vida.

6.2. Selección del tratamiento más adecuado.

Los tratamientos que han mostrado un apoyo experimental fuerte para el TAG según la Society of Clinical Psychology, (2015), son:

- Terapias cognitivas y conductuales (individualmente o combinadas).
- Terapias cognitivas: reestructuración cognitiva.
- Terapias conductuales: relajación aplicada, programación de un tiempo de preocupación, así como la planificación de actividades placenteras y exposición controlada a pensamientos y situaciones que se evitan.
- Terapia cognitivo conductual (TCC): combinación de aproximaciones cognitivas y conductuales.
- Entrenamiento en manejo de ansiedad: combinación de relajación y reestructuración cognitiva.

Por este motivo, se ha elaborado un plan de tratamiento basado en las terapias propuestas con anterioridad. Abordando la problemática desde una perspectiva cognitivo-conductual combinando la reestructuración cognitiva, la desactivación fisiológica y otras técnicas conductuales propuestas como el tiempo de preocupación, la planificación de actividades placenteras, entrenamiento en asertividad y puesta de límites a los demás, y la exposición con prevención de respuesta. Además, el entrenamiento en desactivación fisiológica mediante un programa de entrenamiento en manejo de ansiedad (Capafons y Sosa, 2012) será útil para abordar la problemática de dolor, y la reestructuración cognitiva, ayudará a flexibilizar distorsiones asociadas, como anticipaciones y magnifica-



ciones de las sensaciones. Por otro lado, se realizó una psicoeducación acerca del funcionamiento del dolor y la percepción de este, introduciendo la importancia de los procesos cognitivos básicos como la atención, en su percepción. Y desmontando mitos acerca del dolor, que dificultan la asimilación de nuevos estilos de vida más saludables y que a su vez, actúan sobre la problemática de dolor.

7. Aplicación del tratamiento

La intervención se llevó a cabo en 7 sesiones semanales de una hora, impartidas por el mismo profesional, cuyo desarrollo se puede consultar en la tabla 1.

Tabla 1. Desarrollo de la Intervención

Sesiones	Objetivos de la intervención	Técnicas empleadas
Sesión 5	Explicación de Teoría del caso y Devolución de información	Entrevista
Sesión 6	Identificación, manejo y reinterpretación de situaciones percibidas como amenazantes.	Psicoeducación acerca de la ansiedad, esquemas de pensamiento y sesgos cognitivos. Reestructuración cognitiva: Identificación de sesgos cognitivos y flexibilización de estos. Autorregistro.
Sesiones 7-11	Incrementar el manejo de síntomas asociados a la ansiedad.	Programa de entrenamiento en manejo de ansiedad, basado en el modelo propuesto por Capafons y Sosa, (2012). Parada de pensamiento con autoinstrucciones. Programa de Tiempo de preocupación.
Sesión 12	Cambios en el estilo de vida	Psicoeducación acerca de hábitos saludables y procesamiento del dolor. Planificación de horarios y actividades.
Sesión 13	Evaluación post-tratamiento	

Técnicas aplicadas y objetivos concretos:

- **Psicoeducación:** Se informa a la persona acerca de las características y variables intervinientes en la problemática psicológica y las técnicas utilizadas en su tratamiento.



- **Reestructuración cognitiva:** Pretende reducir el malestar emocional y las conductas contraproducentes de los pacientes mediante la identificación y modificación de las cogniciones disfuncionales de las que dependen. (Badós, 2012).
- **Planificación de actividades placenteras:** La planificación de actividades forma parte de una gran variedad de técnicas y estrategias psicológicas. Según Gavino, (2012), puede tomarse como un procedimiento en sí mismo cuando la vida cotidiana del paciente se ve dañada por las escasas actividades placenteras que realiza.
- **Entrenamiento en manejo de ansiedad (EMA):** El EMA, es un programa estructurado fundamentalmente en 5 sesiones. Sin embargo, este número puede variar en función del progreso del paciente. Es un procedimiento que utiliza la imaginación, tanto para evocar las situaciones elicitoras de ansiedad como para utilizarla como potenciador de la relajación, imaginando situaciones tranquilizadoras para el paciente (Capafons y Sosa, 2012). Los autores proponen la utilización de la relajación muscular progresiva, no obstante, en el caso de A.C., esta técnica de desactivación fisiológica incrementaba el dolor percibido por la paciente en la fase de tensión muscular. Por este motivo, se utilizó el entrenamiento en relajación autógena.
- **Exposición controlada a pensamientos y situaciones que se evitan:** Se basa en el uso de exposición, previniendo la respuesta de escape con el fin de que se produzca el fenómeno de habituación. Estas exposiciones se pueden realizar tanto en vivo como en imaginación, a estímulos cognitivos (pensamientos) o exposiciones interoceptivas (en caso de que exista ataque de pánico) (Echeburúa, 2012).
- **Programas de tiempo de preocupación:** Es una variación de lo que se conoce como técnicas paradójicas. Consiste en negociar con el paciente una serie de periodos específicos durante el día en los que debe pensar intencionalmente y anotar las ideas negativas recurrentes que le asaltan de manera involuntaria e incontrolada en otras situaciones y momentos. La frecuencia y duración dependerá de las posibilidades reales del paciente y de su éxito en los primeros ensayos (Salgado, Gómez y Yela, 2012).

8. Evaluación de la eficacia del tratamiento

Con el fin de valorar la sintomatología general se volvieron a aplicar los instrumentos aplicados en la evaluación. Se calculó el índice de cambio fiable (ICF)



y el umbral de cambio clínicamente significativo (CCS), de acuerdo con la propuesta de Jacobson y Truax (1991), como indicadores de significación estadística y clínica del cambio, respectivamente.

- **Inventario de síntomas SCL-90-R**, (Derogatis, 2001): Los resultados obtenidos en la evaluación pre y post-tratamiento pueden consultarse en la figura 2.

Figura 2

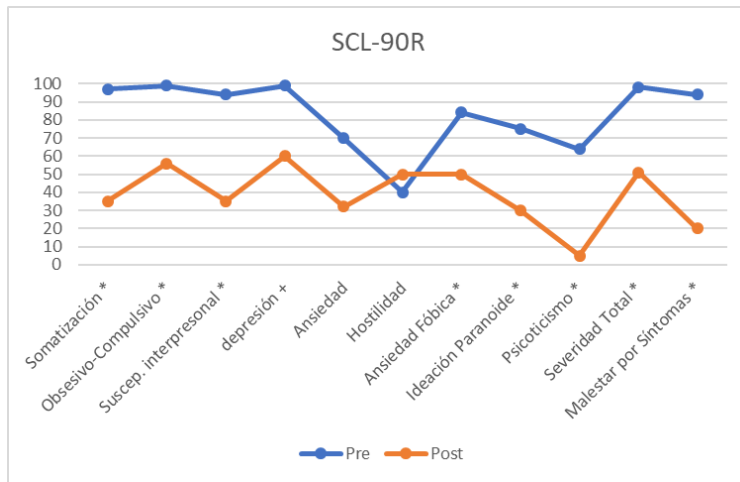


Tabla 2. Resultados PRE y POST tratamiento SCL90-R.

Área Evaluadas	Resultados Pretratamiento	Resultados Postratamiento
Somatización	97	35
Obsesión-Compulsión	99	56
Sensibilidad interpersonal	94	35
Depresión	99	60
Ansiedad	70	32
Hostilidad	40	50
Ansiedad fóbica	84	50
Ideación Paranoide	75	30
Psicoticismo	64	5
GSI	98	51
PST	55	40
PSDI	94	20
Somatización	97	35



En base a la comparación de los resultados en el pre y postratamiento se puede apreciar una disminución en el percentil de la mayoría de las dimensiones evaluadas. Concretamente, se aprecia una disminución más notoria en las dimensiones de somatización, observándose una baja muy notoria desde el percentil 97 al 35; en la escala de susceptibilidad interpersonal, de percentil 94 a 35; y en obsesión-compulsión de 99 a 56. No obstante, a pesar de esta mejoría, en las escalas de depresión y ansiedad fóbica aún no se ha alcanzado la recuperación (ICF significativo).

Asimismo, en las escalas globales también se observa una reducción considerable en el índice de severidad global, disminuyendo del percentil 98 al 51. Esto pone de manifiesto una reducción de la sintomatología y del sufrimiento asociado a la misma.

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, HARS, (Hamilton, 1959)

Como se indica en la tabla 3, se puede observar una reducción tanto de la ansiedad psicológica como de la ansiedad somática, pero más notoria en este primer tipo de ansiedad. Más concretamente, la ansiedad psicológica ha pasado de una puntuación de 11 en el pretratamiento a una 1 en el post-tratamiento, mientras que la ansiedad somática ha pasado de una puntuación de 9 a 7.

No obstante, se observa un amplio cambio en la subescala total de la prueba, pasando de una puntuación de ansiedad total de 22 en el pre-tratamiento a una puntuación de 9 en el pos-tratamiento, alcanzando así el ICF, lo que indica una notable mejoría en el constructo de la ansiedad, sin llegar a alcanzar el CCS.

Según Bech, (1993), se podría dejar de considerar un problema de lo que él denominó “Ansiedad Mayor”, para pasar a considerarlo como “Ansiedad Menor”, según la categorización del autor (6 – 14), y los resultados obtenidos en la evaluación post-tratamiento con esta prueba, (total = 9).

Tabla 3. Resultados PRE y POST tratamiento Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, HARS.

Área Evaluadas	Resultados Pretratamiento	Resultados Postratamiento
A. Psicológica	11	1
A. Somática	9	7
A.TOTAL	22	9



Escala Analógica Visual del dolor, VAS (Gift, 1989)

Las puntuaciones pret-tratamiento obtenidas en esta prueba son las siguientes:

Si se realiza una comparación de los resultados de la tabla 4 con las puntuaciones obtenidas en la evaluación post-tratamiento con esta prueba, se puede concluir que, en efecto, se han producido mejoras en la percepción del dolor de la paciente:

Como puede observarse, la percepción de dolor que A.C. tiene al finalizar el tratamiento se ha reducido más de la mitad según esta escala.

Cuestionario para medir la Discapacidad, WHODAS 2.0 (OMS, 2015)

Los resultados obtenidos en la evaluación pre y post-tratamiento pueden consultarse en la figura 3.

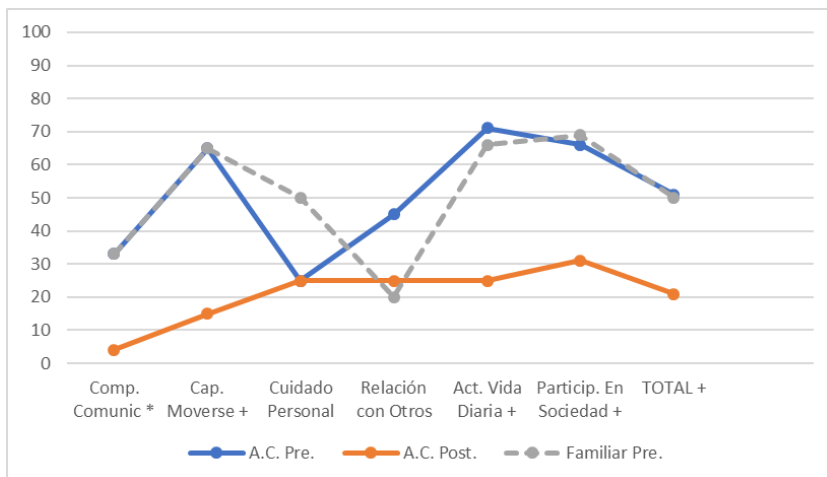
Se considera importante detenerse en esta prueba, pues se introdujo desde un principio con el motivo de valorar los cambios en el funcionamiento de la paciente al finalizar el tratamiento. Es cierto que es importante reducir la sintomatología de la ansiedad o la percepción del dolor, pero desde un punto de vista práctico, posee también gran relevancia aumentar la funcionalidad de la paciente en su actividad cotidiana. Dicho esto, a continuación, se presentan los resultados obtenidos en esta prueba en su aplicación pre y post-tratamiento, que pueden compararse en la figura 3.

Tabla 4. Resultados PRE y POST tratamiento Cuestionario para medir la Discapacidad, WHODAS 2.0.

Área Evaluadas	Resultados Pretratamiento	Resultados Postratamiento
Comp. Comunicativa	33%	4%
Cap. Moverse	65%	15%
Cuidado personal	25%	25%
Relación con Otros	45%	25%
Act.Vida Diaria	71%	25%
Participación en sociedad	66%	31%
TOTAL	51%	21%



Figura 3. Resultados PRE y POST tratamiento de la WHODAS 2.0.



Se puede establecer que todos los factores de la prueba, incluyendo la escala global, se ha alcanzado el ICF, indicando mejoría estadísticamente significativa. Cabría destacar la capacidad para moverse, que se ha visto reducida de un porcentaje de 65% a 15%, y la escala de actividades de la vida diaria que ha pasado de 71% de discapacidad a 25%. Esto no sucede en las escalas de “relaciones con otros” y “cuidado personal”, en los que la paciente se mantiene con una puntuación del 25% de discapacidad en el pre y post- tratamiento.

Adicionalmente, cabe destacar que en la evaluación inicial la congruencia fue casi total entre jueces (paciente y familiar), salvo en estas dos dimensiones: “relaciones con otros”, donde la paciente se percibió menos competente de lo que la percepción de su hija dictaba; y “cuidado personal”, donde la hija de la paciente percibió menor competencia de lo que la propia paciente muestra. No obstante, este último porcentaje viene justificado por la dificultad que la paciente refiere con respecto a la movilidad de los brazos, debido a la operación de un cáncer de mama. Por último, en la escala de competencia comunicativa el cambio alcanza la significación estadística y clínica.

Para finalizar, es importante recalcar que, según la prueba, la paciente ha obtenido cambios remarcables en lo concerniente al funcionamiento y la reducción de discapacidad en las principales áreas de la vida diaria, lo que puede traducirse en una mejora de su calidad de vida.



9. Discusión

La presencia de SVE durante la infancia y la edad adulta es un factor de riesgo para el desarrollo de un TEPT (Lian y cols., 2014). No obstante, otros estudios han puesto de manifiesto que la vivencia de SVE también podrían actuar como un factor de riesgo y de esta forma, precipitar un trastorno depresivo mayor y otros trastornos de ansiedad (Hammen, 2011; Sandín y cols., 2004). En el caso de A.C., todos los acontecimientos mencionados, podrían ajustarse a la definición de acontecimiento vital estresante propuesta por Gasull, (2015) y actuar como factores predisponentes de algún trastorno psicopatológico, en este caso del TAG. Teniendo en cuenta la historia de vida de la paciente, podría suponerse un TEPT, no obstante, en el caso de A.C. y tras haber sido evaluada en varias ocasiones por diversos especialistas, no ha sido de esta manera; sino que los SVE de los últimos años de su vida, podrían haber actuado como desencadenante de este TAG con la sintomatología de dolor crónico asociada.

Este caso ejemplifica lo encontrado en trabajos anteriores que sugieren que los SVE podrían intervenir en el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y no únicamente en el desarrollo de un TEPT (Hammen, 2011). De esta forma, y teniendo en cuenta los resultados del trabajo de Sandín y cols., (2004), acerca de la relación entre la acumulación de SVE y los trastornos de ansiedad, se puede considerar una relación entre éstos y el TAG que explicaría de este modo el proceso por el cual la paciente ha conseguido alejarse de la sintomatología del TEPT pero, a su vez, se ha aproximado paulatinamente a la de un TAG, siendo este y el dolor crónico dos trastornos comórbidos relacionados. De esta manera, se puede decir que, los SVE han precipitado un TAG, (Revilla, 1994), que se relaciona estrechamente con la problemática de dolor crónico, (McCraven e Iverson, 2001; Pérez-Pareja, y cols., 2004; Turk y cols., 2002) observándose incluso una etiopatogenia común (Arango-Dávila, y Rincón-Hoyos, 2016).

Por otra parte, el dolor crónico tras una intervención quirúrgica ha sido documentado en numerosos estudios (Reddi y Curran, 2014) o Wylde y cols., (2017), sin embargo, también se ha observado la común etiopatogenia entre esta problemática y la ansiedad, sugiriéndose una alta comorbilidad entre dolor crónico y trastornos de ansiedad, concretamente en TAG, como muestra el estudio de Bandelow (2015).

No se puede concluir que el TAG sea una de las causas del dolor crónico, ya que la aparición de dolor podría proceder del tratamiento e intervención para el cáncer. No obstante, ambas problemáticas pueden jugar un papel de mantenedor y potenciador, tanto de la sintomatología ansiosa como de la percepción de dolor.



En relación con la intervención psicológica en el TAG y el dolor crónico, la Terapia Cognitivo-Conductual es la que tiene un mayor apoyo empírico tanto en el TAG (Reinecke, Rinck, Becker y Hoyer, 2013), como en el dolor crónico (Kaiser, Mooreville y Kannan, 2015).

Los resultados obtenidos tras el tratamiento a través de medidas objetivas y cambios en la vida a A.C. indican que, al finalizar el tratamiento, muestra menor sintomatología y malestar asociado a la misma (Derogatis, 2001), así como también una reducción de la percepción de la sintomatología asociada al dolor. Asimismo, también se puede observar un mejor funcionamiento en la vida cotidiana de la paciente, reflejado en los resultados obtenidos en la escala WHODAS 2.0, lo que puede traducirse en una mejoría en su bienestar y calidad de vida en el día a día.

En relación con la sintomatología depresiva y la ausencia de cambios significativos en las misma tras la intervención, podríamos indicar que el tratamiento de A.C. se ha centrado en abordar sintomatología de ansiedad y pese a que colateralmente, en una planificación de actividad de la paciente se esperaba mejoría en esta área por la propia activación conductual de la paciente, sus efectos no han sido suficientes para observar cambios significativos.

Por otro lado, en la tratamiento Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, HARS, podemos encontrar escasos cambios en la variable “ansiedad somática”, frente a los cambios en “ansiedad psicológica”, estos resultados podrían explicarse debido a que la tendencia en la historia de la paciente a focalizar la atención sobre sensaciones interoceptivas, es decir, mantener los valores elevados en esta variable de la misma manera que se realizaba con la percepción del dolor, mediante procesos de focalización y maximización del síntoma, siendo así más sensible a percibir e interpretar como amenazantes síntomas interoceptivos relacionados con la activación.

Posiblemente los rasgos de personalidad de AC, así como el escaso apoyo percibido hayan propiciado el desarrollo del TAG en lugar del TEPT, como se apunta en varios estudios

A la luz de los resultados presentados, se considera que los cambios son suficientes para poner de manifiesto la efectividad de la intervención. Las diferencias en las puntuaciones obtenidas en la evaluación postratamiento, que alcanzan mayoritariamente el ICF y, por tanto, la significación estadística de las diferencias respecto al pretratamiento, son suficientes para valorar que estos cambios no se deben a las circunstancias ambientales de A.C. o al paso del tiempo, sino a la intervención realizada.

Un último aspecto para considerar y reflexionar es el hecho de cuándo y por qué un evento estresante o traumático se convierte en desencadenante de



un trastorno, *¿hablamos de acumulación de eventos?, ¿es la naturaleza del evento lo que le confiere el valor de desencadenante?*. Si bien A.C. manifiesta haber sufrido eventos vitales estresantes a lo largo de su infancia y adolescencia, y eventos traumáticos (ej., atentado terrorista) en la edad adulta, también refiere haber llevado una vida relativamente funcional, presuponiendo una alta capacidad de gestión y alta resiliencia. Sin embargo, refiere que fueron los conflictos surgidos en la Asociación a la que pertenecía, lo que desencadenó una sintomatología clínicamente significativa que lleva a A.C. a buscar ayuda psicológica, y ser diagnosticada de TAG y de dolor crónico.

Este hecho podría sugerir que, al final, los desencadenantes de los trastornos podrían ser explicados no tanto por la naturaleza traumática del evento, sino por la activación de secuelas traumáticas surgidas a lo largo de la historia de la persona. En el caso de A.C., sería, la activación de la percepción de falta de apoyo ante acontecimientos traumáticos, sufrido en el pasado y que se activa con el acontecimiento de la Asociación a la que pertenecía.

10. Conclusiones

- Los sucesos vitales estresantes (SVE) vividos en la infancia podrían funcionar como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de ciertas problemáticas futuras, como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), o Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como el caso presentado. La percepción de apoyo social y familiar podría tener un papel facilitador en el desarrollo de estos trastornos.
- Esto recalca la importancia de la labor de prevención, sobre todo desde la infancia y la adolescencia, y del papel de los profesionales de la salud dirigidos a identificar posibles factores de riesgo, y proporcionar tratamientos para reducir el impacto futuro que estos eventos puedan tener sobre la salud mental de las personas afectadas.
- El dolor crónico y el TAG son problemáticas asociadas que cursan en muchas ocasiones conjuntamente y que juegan un papel de reforzador y de mantenimiento de la sintomatología.
- Tras los eventos traumáticos la paciente desarrolla TAG y sintomatología de TEPT, reforzando la idea de que el trauma puede tener diferentes manifestaciones.

Tras la aplicación de Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, y el dolor crónico que, según la Sociedad de Psicología Clínica, División 12 de la Asociación Americana de



Psicología (2010) es el tratamiento más eficaz para estas patologías, la paciente ha experimentado cambios estadística y clínicamente significativos constatados a través de pruebas objetivas.

11. Limitaciones

- En primer lugar, la principal limitación del estudio es que no pudo llevarse a cabo un seguimiento terapéutico por motivos personales de la paciente. Esto ha dificultado la monitorización de los cambios terapéuticos a lo largo del tiempo, y también la posibilidad de, en caso necesario, abordar problemas que fuesen surgiendo tras la finalización de la terapia.
- Si bien el presente trabajo puede suponer un interés desde el punto de vista teórico y práctico, los estudios de caso único tienen la limitación de no poder extrapolar los resultados, sugiriendo únicamente áreas de estudio.
- Asimismo, hubiese sido interesante incorporar a la evaluación el estudio de la personalidad, los factores de protección y las fortalezas de A.C., con el fin de estudiar la relación entre dichas variables y el desarrollo del TEPT, TAG o/y el dolor crónico.

Bibliografía

- American Psychiatric Association., Kupfer, D.J., Regier, D.A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E. y Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L. y Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 6.
- Arango-Dávila, C. A. y Rincón-Hoyos, H. G. (2016). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46–55.
- Badós, A. Terapia cognitiva de Beck. En Labrador, F.J. (Cord.) (2012) *Técnicas de modificación de conducta*, (516–533). Madrid: Ediciones pirámide.



- Bech, P. (1993). *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. Ed Springer-Verlang Berlin Heidelberg, New York.
- Beck, A.T. (1986). Cognitive approaches to anxiety disorders. En B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis, & F. Cashman (Eds.): *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives*. New York: Plenum Press.
- Bandelow, B. (2015). Generalized Anxiety Disorder and Pain. *Modern trends in pharmacopsychiatry* 30, 153–165.
- Bruguera, M. R. (2016). *Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Capafons, J. I. y Sosa, D. (2008) Hipnosis. En Labrador, F. J. (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta*, (537-540). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Crespo, M. Gómez, M.M. y Soberón, C. (2017). *EGEP-5: adaptación al DSM-5 de la Escala de Evaluación Global del Estrés Postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.
- Derogatis L.R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Ortiz, C. Técnicas de exposición. En Labrador, F. J. (Coord.) (2012). *Técnicas de modificación de conducta*, (261-273). Madrid: Ed. Pirámide.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C, Viswanathan, R, Ackerman, R. y Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16.
- Gavino, A. (2012). Establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración de tiempo. En Labrador, F.J. (Coord.) (2012) *Técnicas de modificación de conducta*, (483-498). Madrid: Ed. Pirámide.
- Gasull, V. (2005). Citado en Bilbao C., M. T., Arellano M., M. P., & García C., M. A. (2010). Hemoptisis. *Revista Médica La Paz* (16).
- Gift, A.G. (1989). Visual analogue scales: Measurement of subjective phenomena. *Nursing Research*, 38(5), 286-288.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J.A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological bulletin*, 129(3), 447.



- Hammen, C. (2011). Association between recent stressful life events and prevalence of depression, anxiety and PTSD differs according to exposure to childhood adversity. *Evidence-Based Mental Health*, 14(1), 9–9.
- Hámlton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50–55.
- Hartley, T. A., Violanti, J. M., Sarkisian, K., Andrew, M. E. y Burchfiel, C. M. (2013). PTSD symptoms among police officers: associations with frequency, recency, and types of traumatic events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 15(4), 241–253.
- Haynes, S. y Heiby, E. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. New York: Wiley.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic–Gross, V., Rössler, W., ... Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 151–158.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Kaiser, R. S., Mooreville, M., & Kannan, K. (2015). Psychological interventions for the management of chronic pain: a review of current evidence. *Current pain and headache reports*, 19(9), 43.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. V. y Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain*, 9(1), 15–24.
- Lian, Y., Xiao, J., Wang, Q., Ning, L., Guan, S., Ge, H., ... Liu, J. (2014). The relationship between glucocorticoid receptor polymorphisms, stressful life events, social support, and post-traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 232.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badiá, X., Baró, E. y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP) (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery–Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13):493–9.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... & Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases–11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.



- McCracken, L.M. y Iverson, G.L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 21 (5), 392-396.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010) La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 2010, 31(1),108-121
- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*, 273-275.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. Madrid: Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.
- Reddi, D. y Curran, N. (2014). Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1062), 222-227.
- Reinecke, A., Rinck, M., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2013). Cognitive-behavior therapy resolves implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(1), 15-23.
- Revilla L. (1994). Citado en Bilbao C., M. T., Arellano M., M. P., & García C., M. A. (2010). *Hemoptisis*. *Revista Médica La Paz*, 16.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Salgado, A., Gomez, M. A. y Yela, J. R. Detención del pensamiento e intención paradójica. En Labrador, F. J. (Coord.) (2012). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 549 - 572). Madrid: Ediciones pirámide.
- Sandín, B., Chorot, R., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (2004). Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 37-47.
- Sandín B., Rodero B., Santed M.A. y García-Campayo J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.
- Shrier K. y Shrier A. (2009). Citado en Bilbao C., M. T., Arellano M., M. P. y García C., M. A. (2010). *Hemoptisis*. *Revista Médica La Paz*, 16.



Society of Clinical Psychology, Division 12. In American Psychological Association. Retrieved in: <https://www.div12.org>

Truyols Taberner, M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, M., Palmer Pol, A. y Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 19(3), 295-320.

Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.

Vázquez, C. y Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Editorial Síntesis.

Van Hecke, O., Torrance, N. y Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 13-18.

Wylde, V., Dennis, J., Beswick, A. D., Bruce, J., Eccleston, C., Howells, N., ... Gooberman-Hill, R. (2017). Systematic review of management of chronic pain after surgery. *British Journal of Surgery*, 104(10), 1293-1306.

