



Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral



Inmaculada Domínguez-Rodríguez^{a,*}, Vicente Prieto-Cabras^b y Jorge Barraca-Mairal^c

^a Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Madrid, España

^b Centro de Psicología Álava Reyes, Madrid, España

^c Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2017

Aceptado el 9 de mayo de 2017

On-line el 29 de junio de 2017

Palabras clave:

Estudio de caso único

Trastorno adaptativo

Ansiedad

Sobrecarga de trabajo

Terapia cognitivo-conductual

R E S U M E N

Se describe el caso clínico de un hombre de 38 años con trastorno adaptativo con ansiedad. La percepción de sobrecarga de trabajo le originó síntomas propios de ansiedad, sentimiento de incapacidad para resolver los problemas, para desconectar y para continuar en la situación presente, deterioro en la gestión de la rutina diaria y consumo excesivo de alcohol. Se aplicó la terapia cognitivo-conductual, un tratamiento multicomponente para reducir la ansiedad (psicoeducación, técnicas cognitivas y técnicas de desactivación fisiológica), un programa de bebida controlada para disminuir el consumo de alcohol y entrenamiento en solución de problemas y gestión del tiempo para disminuir la sobrecarga de trabajo y paliar el estrés. Tras el tratamiento, se observa una clara mejoría con descenso de su activación fisiológica, reducción significativa del número de anticipaciones ansiosas con respecto al entorno laboral y disminución de la conducta de consumo de alcohol. Se discuten los resultados de la intervención, que confirman la eficacia del tratamiento.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adaptive disorder with work overload anxiety: A case study

A B S T R A C T

The case of a thirty-eight-year-old man with an adjustment disorder together with anxiety is described. The perception of his work overload led to consequences such as symptoms of anxiety, perception of inability to solve problems, difficulty disconnecting, and continuing in the present situation. Another consequence was a deterioration in his daily routine, in addition to excessive drinking. Cognitive behavioral therapy, a multicomponent treatment for anxiety (psycho-education, cognitive techniques, and physiological techniques deactivation), was applied, together with controlling his drinking program as to reduce alcohol consumption, and training in problem solving and time management to reduce his work overload and eliminate stress. At the end of the treatment, there was an improvement with his physiological arousal, especially in the decrease of anxiety regarding working environment and resolved drinking behavior. Intervention results which confirm the effectiveness of treatment are discussed.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tanto para la CIE-10 (OMS, 1992) como para el DSM-V (APA, 2013), el trastorno de adaptación (TA) es una reacción de desajuste a una situación psicosocial estresante, desarrollándose un conjunto de síntomas emocionales o comportamentales. A menudo, los

síntomas emocionales son de tipo ansioso. En este caso, los síntomas de ansiedad pueden dar lugar a lo que denominamos trastorno adaptativo con ansiedad.

Según la CIE-10 (OMS, 1992), las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación pueden incluir humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

* Autor para correspondencia. Calle Puerto Rico, 12. 11100 San Fernando (Cádiz).
Correo electrónico: Inmadomrod@gmail.com (I. Domínguez-Rodríguez).

Los trastornos adaptativos tienen una alta prevalencia y constituyen un importante problema de salud, no solo por el sufrimiento personal que produce a quien los padece sino también por los altos costes sociales y económicos que originan, ya que es muy frecuente que el malestar y deterioro de la actividad asociados a los TA lleven a una disminución del rendimiento en el trabajo y en muchos casos a bajas laborales (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001). Sin embargo, hoy por hoy no existen tratamientos protocolizados basados en la evidencia para estos trastornos, por lo que es muy necesario investigar en la mejora de su abordaje.

El presente artículo recoge la descripción, evaluación y tratamiento de un hombre que padece algunos de los síntomas mencionados, cursando a su vez con un consumo excesivo de alcohol y sobrecarga laboral.

Para la redacción de este caso clínico se han seguido las normas propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002).

Identificación del paciente

El paciente, J.N., es un varón de 38 años, casado y con dos hijos de 8 y 10 años. Desde los 18 trabaja en un negocio familiar, un pequeño hotel situado en las afueras de Madrid, dedicándose en la actualidad a la gerencia del mismo.

Análisis del motivo de consulta

J.N. acude a consulta debido a que ha experimentado varios episodios ansiosos en los últimos meses. Tiene sensación de mareo, temblor de piernas, taquicardias y sudoración. Ha estado en urgencias varias veces como consecuencia de dichos episodios y no presenta ninguna patología orgánica. Se inquieta ante la posibilidad de tener que ir de nuevo, tiene miedo a que se repitan y a menudo piensa que le puede dar un infarto. Algunos de los episodios ansiosos se dan en espacios públicos, como centros comerciales o durante conciertos. Teme sufrir un desmayo y hacer el ridículo si sufre una crisis de ansiedad.

Refiere estar en continuo estado de alerta con respecto al trabajo debido a las numerosas llamadas que recibe. Menciona no tener apenas vacaciones y los domingos y lunes trabaja durante doce horas seguidas.

Reconoce, además, que desde hace unos meses ha traspasado los límites con el alcohol, acudiendo a este como vía de escape para disminuir su ansiedad y no rumiar sus preocupaciones.

Hasta la fecha no ha intentado solucionar los problemas; sin embargo, en la actualidad se siente incapaz de desconectar del trabajo y de resolver las demandas; refiere estar emocionalmente agotado y quiere acabar con esta situación.

Historia del problema

El paciente se dedica a la gerencia de un hotel familiar, en el cual lleva trabajando con sus dos hermanos desde hace 20 años. El problema se inicia hace cuatro meses, cuando empieza a notar que se le está haciendo muy duro trabajar y comienza a experimentar episodios ansiosos. A menudo recibe llamadas de sus empleados para que solucione problemas cotidianos que surgen en el hotel. Con frecuencia se trata de labores que no le competen y las llamadas se extienden fuera de su horario laboral. Pese a que manifiesta quejas por esta sobrecarga de trabajo, siempre acaba respondiendo a las llamadas y acudiendo a resolver las demandas, lo que le impide desconectar de dicho entorno. Menciona que desde pequeño le han inculcado valores de trabajo constante y disciplina y por ello cree que todas las demandas que surjan tiene que resolverlas él.

No existen antecedentes familiares de enfermedad mental.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las principales conductas problema son la dificultad para delegar tareas y responsabilidades, la inadecuada gestión del tiempo en su trabajo, unos niveles elevados de activación fisiológica y el consumo excesivo de alcohol. A continuación se expone el análisis funcional de la conducta.

Las conductas problema parecen surgir sobre todo como consecuencia de la situación de sobrecarga de trabajo. Es posible que dicha sobrecarga se origine, por un lado, por la creencia irracional del paciente “todo lo que tengo que solucionar yo”, responsabilizándose de tareas que no le competen. Esta creencia parece adquirirse en la infancia, cuando predominaba un estilo educativo familiar caracterizado por la disciplina, la responsabilidad y la importancia de hacer el trabajo uno solo, lo que le ha llevado a adoptar un estilo de personalidad autoexigente y a su vez a oponer resistencia ante nuevas posibilidades de manejo del trabajo en el hotel, asumiendo él todas las responsabilidades y sin compartirlas con nadie. Por otro lado, la sobrecarga de trabajo parece deberse también a una gestión inadecuada del tiempo, variable bidireccional, pues la sobrecarga laboral provoca a su vez que no se gestione adecuadamente su tiempo, originando una sensación de incapacidad para resolver los problemas y para desconectar del entorno laboral, creándose como consecuencia un hábito de permanecer atento al teléfono 24 horas al día por si existiera algún problema en el trabajo, lo que desemboca en un estado constante de alerta o, lo que es lo mismo, un nivel elevado de activación fisiológica, produciendo estrés laboral.

Ante esta sobrecarga de trabajo, J.N. adopta un estilo de afrontamiento erróneo, caracterizado por la realización de tareas que no le corresponden, manifestaciones de pensamientos rumiativos (lo que a su vez refuerza el estado de alerta en el que se encuentra), incluso consumo del alcohol como recurso y desahogo de dichos pensamientos. Con respecto al consumo, desde siempre acostumbraba a beber dos copas de vino durante las comidas, pero desde hace unos meses bebe hasta la embriaguez.

Por otro lado, a raíz de dicha sobrecarga, el cliente ha experimentado crisis de ansiedad de tipo fisiológico, con sensación de mareos, temblor de piernas, taquicardias y sudoración, y de tipo cognitivo, con pensamientos del tipo “a ver si va a pasar algo en el hotel” o “no voy a saber resolver los problemas del hotel”. Aunque no de forma tan acusada, a raíz de estas crisis de ansiedad aparecen pensamientos catastróficos como “tengo miedo a que me vuelva a pasar”, “me va dar un infarto” o “si me desmayo en mitad de un ataque voy a hacer el ridículo”. Algunas de las crisis de ansiedad tienen lugar en espacios públicos y, aunque no aparezcan, tiende a pensar que se va a marear y a veces incluso abandona el lugar. Es por ello por lo que es posible pensar en un diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.

Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo con el análisis funcional, las metas que se propusieron fueron: disminuir las respuestas de activación fisiológica, disminuir el consumo de alcohol para que este se haga de forma controlada y gestionar la sobrecarga de trabajo autoimpuesta para reducir el estrés laboral. Para ello se propusieron las siguientes submetas: afrontar el día a día con un estado de relajación, en vez de en un estado constante de alerta, disminuir las creencias irracionales, como “todo lo tengo que hacer yo”, sustituyéndolas por pensamientos alternativos más adaptativos y modificar el estilo de afrontamiento de J. N. de manera que aprenda a gestionar su tiempo, establecer límites con el teléfono, delegar responsabilidades y tareas que no le corresponden, sustituir los pensamientos catastróficos y los pensamientos disruptivos, como el sentimiento

de incapacidad para resolver los problemas o de no poder desconectar del trabajo, por otros más funcionales y, por último, sustituir el hábito de excederse con el alcohol por otras actividades alternativas.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los primeros objetivos a trabajar fueron, por un lado, enseñar estrategias de autocontrol emocional y control de pensamientos, con el fin de mantener unos niveles normales de activación y, por otro lado, controlar el consumo de alcohol. Para el cliente estos eran objetivos prioritarios, así que se trabajaron simultáneamente, de forma que cada objetivo avanzara de forma progresiva. El último objetivo consistía en entrenar la gestión del tiempo con respecto al trabajo, proporcionando herramientas, estableciendo límites y delegando responsabilidades. De esta manera, la sobrecarga de trabajo, y por lo tanto el nivel de estrés, se reduciría.

Selección del tratamiento más adecuado

Según la CIE-10 (OMS, 1992), las manifestaciones comportamentales del paciente se corresponderían a una topografía propia de un F43.28, trastorno adaptativo con ansiedad. Por el momento, no se dispone de estudios experimentales suficientes como para hablar de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos adaptativos. Por tanto, el tratamiento está determinado por una correcta comprensión de la situación, del medio y del individuo. No obstante, la literatura científica ofrece recomendaciones basadas en técnicas comportamentales en las que, dependiendo de cada caso, cabría utilizar procedimientos de resolución de problemas, manejo del estrés y de la ira, entrenamiento de habilidades de comunicación y control de los impulsos. Es decir, en líneas generales, está basado en el cese del factor estresante (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2005), en este caso, la sobrecarga de trabajo. Por ello, el tratamiento elegido para J.N. ha sido establecido a partir del análisis funcional.

La terapia cognitivo-conductual es un tratamiento bien establecido para la ansiedad. En este caso, se aplicó un tratamiento multicomponente, compuesto por: *técnicas educativas*, como la psicoeducación, en las que se enseña qué es una crisis de ansiedad, las consecuencias negativas de consumir alcohol y, a través del eje "situación-pensamiento-emoción-conducta", la importancia de cómo la interpretación que hacemos de las situaciones determina como nos sentimos y, en consecuencia, cómo actuamos; *técnicas de desactivación fisiológica*, cómo la respiración diafragmática, es decir, aquella que utiliza el diafragma de modo que se aprenda a controlar la respiración como técnica para hacer frente al estrés y manejar situaciones ansiógenas y la relajación con visualización, en la que se respira con el diafragma, añadiendo una visualización que transmita relajación; por último, se utilizaron *técnicas cognitivas*, en concreto discusión de pensamientos disruptivos, para confrontar aquellos pensamientos ansiógenos y creencias irracionales a partir de diferentes cuestiones que se plantean al paciente, la parada de pensamiento, procedimiento que se utiliza para distraer a nuestro SNA de un pensamiento problemático sustituyéndolo por una actividad fisiológica alternativa para posteriormente realizar una actividad física o mental distractora, y el entrenamiento en autoinstrucciones, definido como un diálogo interno que mantene-mos con nosotros mismos para guiarnos en lo que queremos hacer, decir, planear o pensar antes, durante y después de la situación ansiógena.

Con respecto al consumo de alcohol, se planificó una intervención en bebida controlada, una forma de tratamiento indicado para bebedores que rechazan la abstinencia como meta. La intervención se basó en psicoeducar a J.N. en las consecuencias negativas de consumir alcohol, delimitación de un objetivo, aprendizaje de

habilidades de afrontamiento alternativas y entrenamiento para controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que pudieran provocarlo a través de habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo.

Para gestionar de forma más directa la sobrecarga laboral para disminuir el estrés, se trabajó la gestión del tiempo, se planteó la importancia de delegar responsabilidades y tareas a otros empleados, se establecieron límites con respecto al teléfono y, además, se entrenó la técnica de solución de problemas desarrollada por D'Zurilla y Goldfried (1971).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

Como estrategias de evaluación se emplearon la entrevista clínica no estructurada, autorregistros, observación directa y algunos autoinformes.

La entrevista clínica ha sido una herramienta imprescindible para recoger información sobre el origen y mantenimiento del problema, conocer los aspectos más importantes del caso para una posterior formulación del mismo y valorar su evolución a lo largo de las sesiones.

Por otro lado, se solicitó un registro de pensamientos cotidianos que producían ansiedad. En cuanto a la observación, no se destacan aspectos relevantes para la evaluación. Consistió en la observación del paciente por parte de la coterapeuta en su lugar de trabajo durante dos horas. El objetivo era conocer la desenvoltura y asertividad de este en su entorno de trabajo, tanto con los empleados como con los clientes, y proporcionar pautas de autocontrol de ansiedad en caso de experimentación de las crisis.

Los autoinformes que se utilizaron aparecen a continuación:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Se empleó la versión española adaptada por Sanz y Navarro (2003). Se utilizó dicho cuestionario ya que se distingue por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos de ansiedad en la última semana. La puntuación directa del paciente en dicho autoinforme fue de 9, siendo el intervalo de puntuaciones posible de 0 a 63, y estableciéndose desde 7 a 14 como ansiedad leve.

- Cuestionario de Ataques de Pánico (Bados, 2000, basado en Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988). Evalúa diversos aspectos de los ataques de pánico experimentados durante las últimas semanas, así como el miedo/preocupación sobre ataques de pánico futuros. Bados (2000) no establece datos normativos sobre el cuestionario, aunque lo deseable sería obtener puntuaciones cercanas a cero. Las puntuaciones obtenidas aparecen a continuación. La intensidad global de los ataques de pánico aparece como media-alta, con una puntuación de 7 sobre 10; en la intensidad media de los síntomas de pánico, J.N. obtiene una puntuación de 2 sobre 8; con respecto al número de síntomas de pánico, obtiene una puntuación de 7 sobre 10; en la frecuencia de los ataques espontáneos de pánico puntúa 0; la frecuencia de los ataques de pánico es muy baja en las tres últimas semanas, con una puntuación de 1 sobre 10; por último, el miedo sobre la aparición de ataques de pánico futuros, es intenso, puntuando con un 6 sobre 8.

- Inventario de Agorafobia (IA) (Echeburúa, De Corral, García, Páez y Borda, 1992). Se aplicó dicho inventario para evaluar un posible diagnóstico de agorafobia. La puntuación global del paciente en el IA fue de 92 en la modalidad "solo" de la escala global. Los autores establecen como punto de corte 176; por consiguiente, podemos interpretar que el paciente no presenta un cuadro de agorafobia.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano, 1986). Además del BAI, resultaba recomendable utilizar dicho cuestionario para evaluar la ansiedad, no solo en su respuesta fisiológica, sino también en sus respuestas

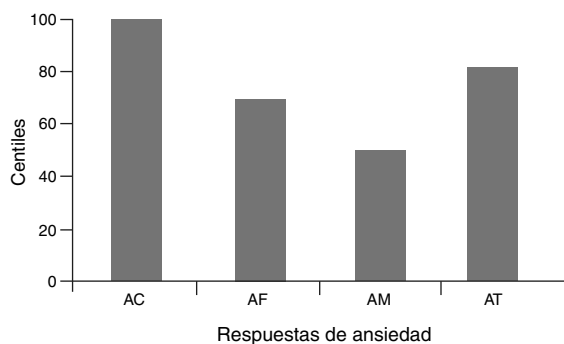


Figura 1. Sistemas de respuestas de ansiedad expresadas en centiles con respecto a la población normal.

Nota. AC: ansiedad cognitiva; AF: ansiedad fisiológica; AM: ansiedad motora; AT: ansiedad total.

cognitiva y motora, ante diferentes situaciones. Dicho inventario, además, resulta de utilidad para descartar otros posibles diagnósticos, puesto que realiza una evaluación más exacta y predictiva, evaluando tanto el nivel general de ansiedad presente en el individuo como la ansiedad en diferentes situaciones (ansiedad fóbica, interpersonal, de evaluación o ante situaciones de la vida cotidiana). En la *figura 1* se muestran los resultados de dicho autoinforme expresados en centiles con respecto a la población normal.

Como se puede observar, el paciente manifiesta una respuesta de ansiedad fundamentalmente de tipo cognitiva. Estas respuestas del sistema cognitivo se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., es decir, a una serie de situaciones que llevan al paciente a un estado de alerta. En cuanto a los rasgos específicos de ansiedad, parece presentar ansiedad moderada tanto en FI (ansiedad ante la evaluación), FII (ansiedad interpersonal) y FIII (ansiedad fóbica), con centiles 50, 35 y 75, respectivamente, con respecto a la población normal. En el FIV (ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana), manifiesta ansiedad severa, con un centil 80 con respecto a la población normal.

Como conclusión acerca de los resultados de la evaluación, podemos destacar, según el BAI, que J.N. presenta ansiedad leve durante la última semana desde el momento de la administración. Sin embargo, su nivel general de ansiedad parece ser moderado, según el ISRA. Esta posible incongruencia puede explicarse por el hecho de que el BAI evalúa solo los síntomas de ansiedad durante la última semana, a diferencia del ISRA, que evalúa la ansiedad de forma general. Además, este último evalúa la ansiedad en sus tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), mientras que el BAI se centra en evaluar solo los aspectos fisiológicos de la ansiedad.

En cuanto a rasgos a destacar, predomina la ansiedad fóbica, manifestada en el paciente a través del miedo a sufrir una crisis de ansiedad en espacios públicos, y la ansiedad ante situaciones habituales, en su caso aquello relacionado al ámbito laboral.

Es posible afirmar que J.N. no cumple con los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) para el trastorno de pánico con agorafobia. Además de ello, el IA descarta el diagnóstico de agorafobia. Por otro lado, tal y como se recoge tanto en la entrevista como en el Cuestionario de Ataques de Pánico, los ataques de pánico experimentados por J.N. no son recurrentes, contrariamente a lo que se requiere en el primer criterio diagnóstico de trastorno de pánico para el diagnóstico de este. La ansiedad presente en el trastorno de pánico con agorafobia predominaría en al menos dos de las siguientes situaciones: uso del transporte público, espacios abiertos, sitios cerrados, hacer cola, estar en medio de multitudes o estar fuera de casa solo. Sin embargo, de los mencionados, J.N. manifiesta

ansiedad solo en lugares cerrados. Otro de los criterios diagnósticos de la agorafobia es la evitación de la situación fóbica. En ocasiones, J.N. ha evitado el lugar en forma de abandono, pero no lo hace con excesiva frecuencia como para considerar el diagnóstico de agorafobia. No requiere, además, la presencia de un acompañante y no siempre se resiste con miedo o ansiedad intensa, como ocurre en el trastorno de agorafobia. El miedo, la ansiedad y la evitación en este cuadro son continuos y duran típicamente seis o más meses. En el caso de J.N., la ansiedad y miedo los experimenta en los últimos cuatro meses. El diagnóstico de trastorno de pánico y la agorafobia no se explica mejor por otro trastorno mental, como la fobia social, donde los ataques de pánicos se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, la fobia específica, que aparece en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas, el trastorno obsesivo compulsivo, que aparece en respuesta a obsesiones, el trastorno de estrés postraumático, cuyas crisis aparecen en respuesta a estímulos asociados a situaciones traumáticas, o el trastorno de ansiedad por separación, donde los ataques aparecen en respuesta a la separación de figuras de apego.

Una vez obtenidos dichos resultados y conclusiones y debido a las manifestaciones comportamentales del paciente, es posible determinar que el diagnóstico de J.N. correspondería a una topografía propia de un F43.28, trastorno adaptativo con ansiedad, según la CIE-10 (OMS, 1992).

Aplicación del tratamiento

Sesión 1

La primera sesión comenzó con la evaluación y recogida de datos mediante entrevista clínica por parte del terapeuta y de la coterapeuta. Las funciones de ésta durante el tratamiento fueron además la observación de J.N. en su lugar de trabajo, observación de todas las sesiones con el terapeuta, así como la aplicación de algunas técnicas específicas. Se ajustaron expectativas, de tal manera que en función de lo recogido en dicha sesión se orientó globalmente sobre el trabajo a realizar durante las siguientes sesiones, como la importancia de registrar las crisis de ansiedad, en qué consiste esta o que trabajará alguna técnica de relajación. Desde esta primera sesión se mandaron autorregistros de pensamientos ansiógenos y se establecieron límites con respecto al consumo de alcohol, debiendo tomar dos copas de vino durante la comida.

Sesión 2

En esta segunda sesión, se continuó con la evaluación y recogida de datos. Se realizó psicoeducación sobre las crisis de ansiedad, sobre las consecuencias negativas de consumir alcohol y sobre el eje situación-pensamiento-emoción-conducta, que explica la coterapeuta, poniendo como ejemplo alguno de los pensamientos ansiógenos de J.N.: “ante la situación de estar en un centro comercial (situación), se origina el pensamiento ‘a ver si me voy a desmayar y voy a hacer el ridículo’ (pensamiento), experimentas ansiedad y malestar (emoción), lo que te lleva a abandonar el lugar (conducta)”. J.N. menciona estar de acuerdo y tener una visión más aguda de su problema después de dicha psicoeducación, pidiendo a la coterapeuta la explicación de forma escrita para tenerlo en casa. Se revisaron y discutieron los autorregistros. Un ejemplo de este fue: “en casa, cuando me recuerdan algo del trabajo (situación), no voy a poder solucionar el problema que he tenido hoy con el cliente (pensamiento), malestar, intranquilidad (emoción), seguir pensando en el problema (conducta)”. Además de ello, se empezaron a establecer límites con respecto a la gestión del tiempo de su trabajo, de tal manera que J.N. debía tener el teléfono apagado durante ciertos periodos del día con objeto de no permanecer

constantemente alerta por si recibiese alguna llamada. Ya en esta segunda sesión se observa evolución con respecto al consumo de alcohol, puesto que ha trasvasado los límites un solo día, por lo que se refuerza y motiva. Se propone realizar alguna actividad alternativa después del consumo para evitar que este se alargue, añadiendo J.N. como ejemplo ir a pasear el perro o pasear con la bicicleta.

Sesión 3

Dicha sesión tuvo una duración de dos horas. La primera parte consistió en la observación del paciente por parte de la coterapeuta en su ambiente de trabajo con objeto de averiguar la desentreladura de este en su lugar de trabajo tanto con los empleados como con los clientes y proporcionar pautas de autocontrol de ansiedad en caso de experimentación de las crisis. J.N. indicó sentirse tranquilo en el momento de la observación. En la segunda parte de la sesión se cumplieron los autoinformes correspondientes a la evaluación.

Sesión 4

La sesión comienza con la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos correspondientes a los autorregistros, como “todo lo tengo que solucionar yo”, “no voy a saber solucionar los problemas del hotel”, “tengo miedo de volver a experimentar la crisis de ansiedad”, “me va a dar un infarto”, a través de cuestiones como: ¿qué consecuencias tiene ese pensamiento?, ¿qué utilidad real tiene?, ¿en qué te basas para decir eso?, ¿tan grave sería que sucediera? Además, se realiza psicoeducación del diálogo socrático, explicándose y planteándose las siguientes preguntas cada vez que surja un pensamiento disruptivo: ¿qué datos objetivos tengo?, ¿qué obtengo rumiando ese pensamiento?, ¿puedo verlo de una manera distinta?, ¿qué ganaría pensando de esta nueva forma de verlo?, practicándose en sesión y mandándose como tarea, de tal manera que cada vez que apareciese un pensamiento de este tipo se aplicaría dicha técnica. Se trabajó el autocontrol emocional, a través de técnicas como la respiración diafragmática y la relajación con visualización. En la respiración diafragmática, primero se localizó el diafragma colocando las manos en el abdomen; presionando sobre este se comenzó a respirar de forma diafragmática, para posteriormente ir retirando las manos del abdomen para que la respiración se diese de forma automática. En la respiración con visualización se pidió que repitiera la respiración diafragmática tres veces, para luego solicitar que visualizase un lugar que le produzca tranquilidad, fijándose en todos los detalles, olores, colores, etc. Respecto al alcohol, se establecen los mismos límites con respecto al consumo y se añade el uso de algún colutorio con el fin de eliminar la sensación en boca de alcohol ingerido. A J.N. cada vez le cuesta menos controlar el consumo.

Sesión 5

Esta sesión fue llevada a cabo por la coterapeuta. Se continuó trabajando tanto el control de pensamientos como el autocontrol emocional. Puesto que el paciente añadía tener dificultades para efectuarla, se repitió la respiración diafragmática sirviendo la coterapeuta como modelo. Además, se explicó de nuevo, añadiendo ejemplos como “imagínate que tu abdomen es un globo que se infla y desinfla”, “imagina que los dos tiempos de tu respiración son los movimientos de una ola que llega a la playa y a continuación se retira”. Como tarea se aplicarían también en casa para habituarse a dicha respiración. En cuanto a técnicas de control de pensamientos, se utilizó tanto la parada de pensamiento como el entrenamiento en autoinstrucciones, elaborándose estas en sesión. Primero, se hizo consciente a J.N. de las autoinstrucciones que nos damos en nuestra vida cotidiana, tanto en positivo como en negativo. Segundo,

se discutió acerca de la veracidad o falsedad de dichas autoinstrucciones y se resaltó la importancia de formular autoinstrucciones eficaces para diferentes situaciones en las que se encuentra (por ejemplo, cuándo cree que no va a poder resolver un problema con un cliente). Se elaboraron entonces autoinstrucciones personalizadas, verdaderas, breves, pocas y enunciadas en positivo para utilizarlas antes, durante y después de la situación. Ejemplos de autoinstrucciones fueron: “tranquilo, que has resuelto esto otra vez con éxito”, “lo he hecho fenomenal”. Como tarea, debían practicarse cada vez que apareciese un pensamiento ansiógeno y además debía continuar con el entrenamiento en autocontrol emocional en casa. Con respecto a la parada de pensamiento, se explicó en qué consistía la técnica y cómo funciona gracias a nuestro SNA, de manera que cuando apareciese el pensamiento problemático había que controlarlo o hacerlo desaparecer aplicando una orden como “¡basta!”, seguida de una actividad fisiológica alternativa, como apretarnos fuertemente las manos o darnos un latigazo con una goma en la muñeca. Posteriormente, realizar una actividad distractora, ya sea en el plano físico (llamar a alguien por teléfono, salir a pasear) o en el mental (restar de siete en siete a partir de 100, decir listas de países, etc.).

Sesión 6

En esta sesión se profundizó en la gestión del tiempo. Dado que J.N. marcharía de vacaciones próximamente, se acordó que durante estas permanecería disponible a través del teléfono móvil solo durante ciertas horas del día y que fuese él quien controlara las llamadas y no el resto de personas, como acostumbraba habitualmente. A J.N. le pareció una magnífica idea y propuso estar disponible al teléfono de 11 a 12 de la mañana, horario que le comunicaría a sus empleados y familia. Como tarea, debía seguir practicando las técnicas de autocontrol emocional y control de pensamientos y, con respecto al alcohol, seguiría con los mismos límites establecidos.

Sesión 7

En dicha sesión, llevada a cabo por la coterapeuta, se continuó con la gestión del tiempo en el trabajo. Se escogió la estrategia de solución de problemas. Ante la resistencia a delegar responsabilidades en su trabajo, se elaboró una lista de consecuencias positivas y negativas de delegar. Además de ello, se hizo de “abogado del diablo”, de tal manera que se invirtieron los papeles de coterapeuta y paciente. Así, J.N. llegó a la conclusión de que la posibilidad de delegar responsabilidades era la más acertada para llevarla a cabo en la gestión del hotel. Además de ello, puesto que J.N. mencionó que no había usado las autoinstrucciones, se remarcó la importancia de estas, destacando la influencia que ejerce la forma en que pensamos en nuestras emociones y conductas. Con respecto al consumo de alcohol, se seguiría con el acuerdo establecido, sugiriéndose, además, la posibilidad de alargar las dos copas durante toda la comida. De esta manera, aumentaría el nivel de saciedad de la misma y disfrutaría en mayor medida de estas.

Sesión 8

En esta sesión, llevada a cabo a la vuelta de sus vacaciones, se realiza la evaluación postratamiento. El paciente comenta su decisión de delegar responsabilidades en el hotel, dejándole ciertas responsabilidades a un sobrino y comenzando este próximamente. Refiere no solo haber podido controlar el consumo de alcohol, sino que ha sido capaz de abstenerse la mayoría de días de vacaciones. Por otro lado, alega no haber experimentado sintomatología ansiosa, refiriendo que ya no se encuentra en estado de alerta en el que se encontraba al principio, sabiendo gestionar los pensamientos

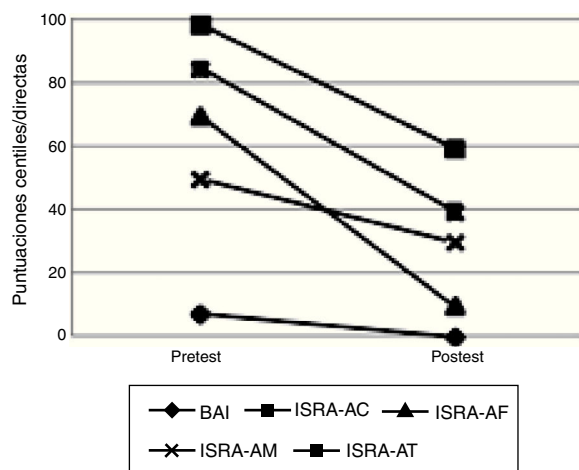


Figura 2. Puntuaciones de ansiedad de los cuestionarios ISRA (puntuaciones centiles) y BAI (puntuaciones directas) en diferentes momentos de la intervención. Nota. AC: ansiedad cognitiva; AF: ansiedad fisiológica; AM: ansiedad motora; AT: ansiedad total.

ansiógenos. Lo único que menciona no controlar aún es la actitud ante los días de trabajo más intensos, en su caso sábados y domingos. Como consecuencia, el terapeuta finaliza el tratamiento resaltando la importancia de aprender a desliteralizar el lenguaje, propio de la terapia de aceptación y compromiso.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En el momento de finalizar el tratamiento había pasado un mes y medio desde que J.N. no experimentaba ninguna crisis de ansiedad. La mejoría clínica del paciente fue notable atendiendo a distintos criterios de valoración. Se aprecia una gran evolución desde que se enseñaron las técnicas de autocontrol emocional y control de pensamientos, habilidades que el paciente ha ido adquiriendo progresivamente para disminuir sus respuestas de ansiedad y control de la activación fisiológica, tanto en la situación laboral como en los espacios públicos. Es por ello por lo que no fue necesaria una intervención focalizada en la exposición a dichos lugares. J.N. fue capaz de gestionar su tiempo estableciendo límites y delegando responsabilidades, por lo que su sobrecarga laboral disminuyó. Se instauraron conductas de afrontamiento activo, disminuyendo así los pensamientos ansiógenos y por tanto el estrés laboral. Con respecto a las medidas de los autoinformes, las puntuaciones en las escalas de ansiedad descendieron notablemente en el posttest. En la escala ISRA, la ansiedad total había disminuido de un centil 85 en el pretest a un centil 40 en el posttest. Las puntuaciones en el BAI indican igualmente un descenso en la sintomatología física, descendiendo de 9 a 0 en puntuación directa. Los resultados aparecen gráficamente en la [figura 2](#).

Con respecto al consumo de alcohol, J.N. evoluciona progresivamente con el programa de bebida controlada, siendo capaz de limitarse a beber solo dos copas de vino durante las comidas poco después de que se establecieron dichos límites y además consiguiendo sustituir el exceso de consumo de alcohol por otras actividades alternativas.

Conforme a las entrevistas realizadas, en el momento de finalizar el tratamiento el paciente no reunía los criterios para el diagnóstico de trastorno adaptativo con ansiedad. J.N. corroboró su mejoría y consideraba haber superado el problema. Por consiguiente, podemos afirmar que las metas del tratamiento fueron alcanzadas con éxito.

Seguimiento

El seguimiento que se describe a continuación engloba una única sesión, puesto que esta primera sesión de seguimiento se llevó a cabo diez días antes de la realización del presente trabajo y la siguiente sesión se realizará una vez transcurridos seis meses. En esta, realizada dos meses después de la última sesión, el paciente refería estar totalmente recuperado. En cuanto al ámbito laboral, ya había procedido a efectuar el proceso de delegación de responsabilidades; con respecto a su nivel de activación, esta se mantenía en condiciones normales, pues refería no presentar ese estado de alerta del que hablaba en las primeras sesiones y no haber experimentado ninguna crisis; por último, seguía siendo capaz de controlar el consumo de alcohol.

Extended summary

Patient Information and Reasons for Consultation

In this study, the case of J.N., a 38-year-old man, is described. He had been working in the family business, a small hotel located in a town near Madrid, since he was 18, and he is currently dedicated to managing it.

He asked for psychological help due to several anxiety attacks in the last four months. He was experiencing sensations of dizziness, tremor of legs, tachycardia, and sweating. Some of the anxiety attacks occurred in public, while in shopping malls or attending concerts. He feared that he would faint and make a fool of himself if he experienced another anxiety attack.

He stated that he was experiencing a lot of stress due to constant worrying about his work because of the numerous calls that he usually received. He was the one that would always end up answering calls and resolving the demands. He mentioned not having any vacation time, and on Sundays and Mondays he would work twelve-hour shifts.

He also acknowledged that he had increased his alcohol consumption, as alcohol seemed to be a way to escape his reality, reduce his anxiety, and not worry about his concerns.

He had not tried to solve this problem before, and this was the first time that he had asked for the help of a psychologist. He felt unable to disconnect from his work. He was concerned about being emotionally exhausted and wanted to solve this problem.

Problem History

The patient works as the manager of a family hotel in which he has been working for 20 years. The problem began four months ago, when he started to realize that he was having a hard time working and he began experiencing anxiety attacks. He often received calls from his employees to solve everyday problems that occurred in the hotel. Frequently these tasks were beyond his competency, and the calls were even made after his working hours. Although he had expressed complaints about this work overload, he always ended up answering the calls and resolving the demands, which prevented him from disconnecting from work and enjoying his free time. He mentioned that since he was a child he has been instilled with values of constant work and discipline, and therefore he believed that all the issues that occurred at the hotel had to be solved by him.

Analysis and Description of Problem Behaviour

The main problems in this case are the difficulty to delegate tasks and responsibilities, inadequate time management, high levels of physiological activation and excessive alcohol consumption. The functional analysis of behavior is described.

The main problems seem to occur as a result of work overload. On the one hand, it is possible that this work overload originated out of the patient's irrational belief that "everything has to be solved by me", and by taking responsibility for tasks that he was not suited for. On the other hand, this work overload also seemed to appear due to inadequate time management, leading to a feeling of inability to solve problems and to disconnect from the work environment, creating as a consequence a habit of remaining attentive to the telephone 24 hours a day in case there was a problem at the hotel, which leads to high levels of physiological aggravation.

Because of this work overload, J.N. adopted a wrong coping mechanism, which resulted in him taking on tasks that did not suit him, dwelling for too long on disruptive thoughts, and even increasing his alcohol consumption, all as a way to eliminate those thoughts. Regarding his alcohol consumption, he used to drink two glasses of wine during meals; however, his alcohol consumption increased significantly in the last several months to the point of him having a drinking problem.

On top of everything, because of this work overload, the client started experiencing anxiety attacks. On the physiological level he experienced feeling of dizziness, trembling of legs, tachycardia and sweating. On the cognitive level he had the following thoughts "Something is going to happen at the hotel", "I will not be able to solve the problems at the hotel", "Everything has to be solved by me". He also had some catastrophic thoughts like "I'm afraid it will happen again", "I'm going to have a heart attack", etc. Some of the anxiety attacks even took place in public. That is why it is possible to hypothesize about a diagnosis of panic disorder with agoraphobia.

The problematic behavior resulted in significant discomfort of the patient, who felt overwhelmed due to his daily routine. Therefore, the intervention was implemented as follows: implementation of new habits, acquiring resources for better management of his time at work, and application of strategies to diminish the physiological issues and to reduce the excessive consumption of alcohol.

Treatment and Therapeutic Goals

According to the functional analysis, the following treatment goals were established: reduction of the physiological activation responses, decrease of alcohol consumption, and elimination of self-imposed work overload to reduce work-related stress. The following subgoals were proposed: to face the daily routine with a state of relaxation, to replace irrational beliefs and catastrophic and disruptive thoughts by more adaptative alternative thoughts, and to modify J.N. coping mechanism so that he learns to manage his time, establish limits with calls, to delegate responsibilities and tasks, and finally, to replace the habit of excessive consumption of alcohol by alternative activities.

According to the order of the intervention, the first two objectives were to teach the patient strategies of emotional self-control and controlling of thoughts in order to maintain normal levels of activation and to control alcohol consumption. They were implemented simultaneously since they were the priority objectives for the patient and it was important that each objective progressed as scheduled. In order to reduce work overload and work stress, the last goal was to train the patient in time management in respect to his work.

Selection of the most Appropriate Treatment

A diagnosis corresponding to adaptive disorder with anxiety (F43.28) according to the ICD-10 criteria (WHO, 1992) was issued. Up to the present we have not had enough experimental studies to talk about effective psychological treatments in adaptive disorders.

Therefore, the treatment is determined by a correct understanding of the situation, the environment, and the patient.

Cognitive-behavioral therapy is a well-established treatment for anxiety. A multi-component treatment was applied, consisting of educational techniques (psychoeducation), physiological deactivation techniques (diaphragmatic breathing and relaxation), and cognitive techniques (discussion of disruptive thoughts, thought stop, and self-instruction training).

Regarding alcohol consumption, a controlled drink intervention was planned. The intervention was based on applying psychoeducation on J.N. about the negative consequences of consuming alcohol, defining an objective, learning alternative coping skills, controlling his desire to drink, and how to handle situations that could provoke it.

In order to manage work overload and work stress, time management was employed. Limits were established in regard to the telephone availability, and in addition he was trained in problem-solving technique developed by [D'Zurilla and Goldfried \(1971\)](#).

Selection and Application of Evaluation Techniques and Results

As means of evaluation, self-recording, direct observations, and the following self-reports were used: Beck Anxiety Inventory ([Beck et al., 1988](#)), Panic Attack Questionnaire, Agoraphobia Inventory, and Inventory of Anxiety Situations and Responses.

We should emphasize that the patient did not present neither agoraphobia nor panic disorder, as it might have been thought at first. His general level of anxiety seemed to be moderate, and with regard to personality traits, phobic anxiety usually manifests in patients out of fear of having an anxiety attack in public and anxiety in usual situations, such as in the work environment. Once these results and conclusions are obtained, and due to the behavioral manifestations of J.N., it was possible to determine a diagnosis of adaptive disorder with anxiety (F43.28) according to the ICD-10 criteria (WHO, 1992).

Application of the Treatment

The treatment was developed in the form of eight weekly sessions, each lasting one hour. The first sessions consisted of the evaluation and collection of data through clinical interviews, some self-reports, self-registration, and direct observation at patient's workplace. In the first session, expectations were set and the therapist reported on the work they would do during the following sessions. In addition, limits were set in respect to alcohol consumption. The evaluation continued during the second session. Psychoeducation was performed in regard to the anxiety attacks and the negative consequences of consuming alcohol, together with the situation-thought-emotion-behavior axis. The evaluation continued during the third session as well, which lasted two hours. The first part consisted of the observation of the patient in his work environment, whereas the second part of the session focused on self-reports. The fourth and fifth sessions were mainly devoted to cognitive restructuring, controlling of thoughts, and training in emotional self-control. The sixth and seventh sessions were devoted to time management, especially at work, and finally, in the latter, the post-test evaluation was carried out.

Evaluation of Treatment Efficacy

At the end of treatment, it had been a month and a half since J.N. did not experience any anxiety attacks. The clinical improvement of the patient was remarkable according to different evaluation criteria. A great evolution was seen in the patient since he was taught different techniques of emotional self-control and control of thoughts. J.N. was able to better manage his time, establishing limits

and delegating responsibilities at work. Active coping mechanisms were established, thus reducing anxious thoughts, and therefore work stress. Regarding his alcohol consumption, J.N. progressively evolved through a controlled drinking program, being able to limit himself shortly after such limits were established to drinking only two glasses of wine during meals.

According to the interviews, at the end of the treatment the patient did not fit the criteria for the adaptive anxiety disorder diagnosis. J.N. corroborated his improvement and felt as if he had overcome his problems. Therefore, we can conclude that the goals of the treatment were successfully achieved.

Follow-up

The follow-up included a single session, two months after the last session. At this time, the patient reported being fully recovered. In regard to his workplace, he had already proceeded with the process of delegating responsibilities. Regarding his level of physiological activation, it remained in normal levels, and in the end he was still able to control his alcohol consumption. The next follow-up session will be held after six months.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- Bados, A. (2000). *Cuestionario de Ataque de Pánico. Agorafobia y ataques de pánico* (basado en Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K., 1988, Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation, *Behavior Therapy*, 19, 97-120).
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). *Normas para la redacción de casos clínicos*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525–532.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). *Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary*. *British Journal of Psychology*, 179, 479–481.
- D'Zurilla, T. S. y Goldfried, M. R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 117–126.
- Echeburúa, E., De Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). *Un nuevo inventario de Agorafobia (IA). Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101–123.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1988). *Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation*. *Behavior Therapy*, 19, 97–120.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). *Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios*. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59–84.