

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

La exposición interoceptiva como tratamiento transdiagnóstico de la comorbilidad despersonalización-desrealización, hipocondría y ataques de pánico. Un caso clínico.

Facio, Alicia y Sireix, María Cecilia.

Cita:

Facio, Alicia y Sireix, María Cecilia (2018). *La exposición interoceptiva como tratamiento transdiagnóstico de la comorbilidad despersonalización-desrealización, hipocondría y ataques de pánico. Un caso clínico. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/y40>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA COMO TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LA COMORBILIDAD DESPERSONALIZACIÓN-DESREALIZACIÓN, HIPOCONDRIA Y ATAQUES DE PÁNICO. UN CASO CLÍNICO

Facio, Alicia; Sireix, María Cecilia

Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral. Argentina

RESUMEN

Patricia, 31 años, buscó ayuda por ataques de pánico, ansiedad por su salud y episodios de despersonalización-desrealización. Estaba, además, muy deprimida porque creía estarse volviendo loca o tener una grave enfermedad. Se le diagnosticó Trastorno de Ansiedad ante la Enfermedad con ataques de pánico, Trastorno de Despersonalización-desrealización y Trastorno Depresivo Mayor secundario a los dos anteriores. Patricia había aprendido de su madre a interpretar catastróficamente las sensaciones somáticas y mentales y las estrategias que usaba (hipervigilancia, repetidas consultas médicas y una serie de evitaciones) mantenían los síntomas. Se decidió extrapolar el modelo cognitivo-conductual para el Trastorno de Pánico para tratar simultáneamente los síntomas de despersonalización-desrealización, ansiedad ante la enfermedad y pánico. Luego de la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, se introdujo el componente principal de la terapia: la exposición a las sensaciones temidas seguida de la exposición combinada interoceptiva-situacional. Después de 24 sesiones, Patricia ya no cumplía los criterios para ninguno de los tres diagnósticos. Las ganancias se mantuvieron en el seguimiento a 3 y 6 meses. Centrar el tratamiento en los mecanismos psicopatológicos transdiagnósticos subyacentes a la comorbilidad, extrapolarlo a partir de un modelo con alto apoyo empírico, es una explicación probable del éxito obtenido.

Palabras clave

Despersonalización - Comorbilidad - Exposición - Interoceptiva

ABSTRACT

INTEROCEPTIVE EXPOSURE IN THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF COMORBID DEPERSONALIZATION-DEPERSONALIZATION, HYPOCHONDRIA AND PANIC ATTACKS. A CLINICAL CASE

Patricia, 31, sought help for panic attacks, health anxiety and episodes of depersonalization and derealization. She was also very depressed because she thought their symptoms indicated she was going crazy or having a serious illness. She was diagnosed with Illness Anxiety Disorder with panic attacks, Depersonalization-derealization Disorder and Major Depressive Disorder secondary to the two previous ones. Patricia had learned from her mother to interpret somatic and mental sensations catastrophically and the strategies she used (hypervigilance, repeated medical consultations, avoidan-

ces) maintained her symptoms. It was decided to extrapolate the cognitive-behavioral model for Panic Disorder to simultaneously address the symptoms of depersonalization-derealization, illness anxiety and panic. After psychoeducation and cognitive restructuring, the main component of therapy was introduced: exposure to feared sensations followed by combined interoceptive-situational exposure. After 24 sessions, Patricia no longer met the criteria for any of the three diagnoses. The gains were maintained at 3 and 6 month follow-up. Focusing the treatment on the psychopathological mechanisms underlying comorbidity, extrapolating from a model with high empirical support, is a probable explanation of the success obtained.

Keywords

Depersonalization - Comorbidity - Exposure - Interoceptive

Introducción

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013) incluye al Trastorno de Despersonalización-desrealización dentro del grupo de los trastornos disociativos. Lo define como la experiencia persistente o recurrente de despersonalización, desrealización o ambas, durante la cual la prueba de realidad se mantiene intacta. Los síntomas, que no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga como la marihuana o un medicamento), de una afección médica (p. ej., epilepsia temporal), o de otro trastorno mental, causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

La despersonalización se refiere a la sensación de distanciamiento o extrañamiento del propio yo, a sentirse como un observador externo del propio cuerpo, un autómatas, como si se estuviera viviendo un sueño. La desrealización se refiere a la alteración en la percepción del mundo circundante, a la pérdida del sentido de realidad del mundo exterior.

Dentro del grupo de los trastornos disociativos, Holmes, Brown, Mansell, Fearon, Hunter, Frasilho y Oakley (2005) propusieron distinguir dos procesos separados: distanciamiento y compartimentalización. La compartimentalización se caracteriza por la inhabilidad para controlar deliberadamente las acciones o procesos cognitivos que normalmente serían susceptibles de dicho control;

los procesos o información afectados permanecen intactos en el sistema cognitivo pero inaccesibles. Este proceso está implicado, por ejemplo, en el trastorno disociativo de la identidad.

El distanciamiento, en cambio, es un estado alterado de conciencia caracterizado por un sentido de distanciamiento de sí mismo y/o del mundo, que podría tener una base diferente de la compartimentalización. El trastorno de despersonalización-desrealización, las vivencias “fuera del cuerpo” y otras experiencias de irrealidad pertenecen a esta categoría, en la cual el sentido de la identidad está poco afectado. Diferenciar cualitativamente compartimentalización y distanciamiento contrasta con el concepto tradicional de los fenómenos disociativos como un continuo donde la despersonalización y desrealización se ubicarían en un punto intermedio entre las manifestaciones normales de disociación y los cuadros gravemente patológicos como la disociación de la identidad.

En lo que se refiere a los ataques de pánico, el DSM-5 (APA, 2013) define a un ataque de pánico como la aparición súbita de miedo intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante ese tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas físicos: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, molestias en el tórax, náuseas, sensación de mareo, escalofríos, parestesias; o psicológicos: desrealización o despersonalización, miedo de perder el control o de “volverse loco, miedo a morir. Los ataques de pánico pueden producirse en personas sin ningún trastorno mental o físico, en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales) o en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad u otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias).

También en el Trastorno de Ansiedad ante la Enfermedad (hipocondría) pueden presentarse ataques de pánico. El DSM-5 caracteriza a este trastorno como la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave aunque los síntomas somáticos no lo justifiquen. El individuo se alarma con facilidad por su estado de salud y recurre a excesivos controles y/o evitaciones en un vano intento por disminuir su ansiedad. Cuando el paciente hipocondríaco experimenta ataques de pánico ante síntomas que suponen indican una terrible enfermedad, interpreta dichos ataques como una confirmación de sufrir una dolencia física o mental.

La comorbilidad de los trastornos no es la excepción sino la norma en la presentación clínica de los pacientes que llegan a la consulta, pero la complejidad sintomática puede muchas veces reducirse a unos pocos mecanismos psicopatológicos transdiagnósticos y esto conducir a una mayor eficacia de la intervención (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). El caso que aquí se analiza pretende ser un ejemplo del éxito de tal enfoque transdiagnóstico en una paciente con comorbilidad.

Presentación del Caso

Patricia es una mujer de 31 años, casada, con una hija de dos años. Abandonó estudios artísticos de nivel terciario cuando comenzó a trabajar media jornada como empleada de comercio. Concorre a la consulta privada de una terapeuta cognitivo-conductual debido a ataques de pánico que comenzaron hace seis meses y se repitieron

con frecuencia. Su médica clínica le indicó clonazepán 0,25 antes de dormirse y a partir de entonces los ataques se espaciaron, aunque no desaparecieron. Durante los mismos experimenta mareo, palpitaciones, dificultad para respirar, temblores, hormigueo, miedo a atragantarse y síntomas de despersonalización-desrealización. Pese a que su médica le aseguró que no implican riesgo para la salud, teme morir y, sobre todo, volverse loca. Cuando se explora si los primeros ataques surgieron aparentemente “de la nada”, como sucede en el Trastorno de Pánico, Patricia informa que aparecieron a raíz de determinados “síntomas” que venía experimentando. Desde que a su padre le diagnosticaron cáncer de estómago, un año atrás, estaba muy preocupada por tener ella también alguna grave enfermedad. Si sentía una puntada en la cabeza, pensaba que estaba a punto de sufrir una accidente cerebro-vascular; si tenía taquicardia, un ataque al corazón; si le dolían los ojos, una hemiplejía. Se hizo evidente que los ataques de pánico surgían en el contexto de un Trastorno de Ansiedad ante la Enfermedad.

Pero la preocupación más agobiante era volverse loca. No sólo interpretaba en tal sentido los ataques de pánico, sino que la exploración sacó a la luz la presencia de episodios de despersonalización-desrealización, independientes de los ataques de pánico, que se producían con cierta frecuencia. Por ejemplo, estaba mirando la televisión y empezó a ver que el aparato se alejaba. Pensó “Tengo epilepsia”, “Me estoy volviendo loca” y tuvo un ataque de pánico. Tomó el ansiolítico y se fue a la cama. Otro ejemplo, estaba en el supermercado y se le alejaban las góndolas, las cosas. Se sentía rara, como que no controlaba su cuerpo y tuvo un ataque de pánico. Se quedó quieta un rato y se le pasó. La paciente informó que había experimentado estos episodios por primera vez a los 10 años y que habían reaparecido al empeorar su ansiedad ante la enfermedad.

Seis meses atrás también comenzó a sufrir síntomas de un episodio depresivo mayor: tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa, convicción de estar siendo castigada, dificultad para concentrarse, etcétera. Estaba cansada de sentirse mal, “siempre enferma, pareczo mi mamá” y se consideraba un fracaso en el plano laboral: “no pude recibirme ni trabajar de lo que me gusta”. Su puntaje en el Inventario de Depresión de Beck era 33, en el rango correspondiente a “depresión severa”.

En síntesis, Patricia cumplía con los criterios de tres diagnósticos del DSM-5: Ansiedad ante la Enfermedad, con ataques de pánico, Trastorno de Despersonalización-desrealización y Trastorno Depresivo Mayor. Más allá del alto nivel de malestar psicológico, estos cuadros le generaban otros costos significativos para su calidad de vida: recurrentes consultas médicas, síntomas agorafóbicos (no poder viajar sola en el transporte urbano, no circular sola por la ciudad, etcétera) y, sobre todo, intolerancia con la conducta de su hija que la llevaba a gritarle y sacudirla con la consiguiente culpa y el temor de ya no ser una buena madre.

Conceptualización del Caso e Intervención

La madre de Patricia sufría un crónico y grave Trastorno de Ansiedad ante la Enfermedad. Cuando la paciente era niña, la veía “siempre enferma, quejándose de dolores, llorando”. Estuvo confinada en su casa muchos años por miedo a salir y colapsar. Repetidamente le decía a sus hijos que estaba por morir. Patricia sentía terror de

que esto sucediera y la dejara sola. Cuando tenía 10 años, un día, súbitamente, la paciente no sintió más su cuerpo, deseaba gritar pero no podía, su cuerpo ya no era más su cuerpo, todo parecía distante y extraño a su alrededor. Este primer episodio de despersonalización-desrealización atemorizó tanto a Patricia que no salió de la casa durante todo el verano. Los incidentes fueron severos durante un año, luego disminuyeron gradualmente y finalizaron tres años después.

Siguiendo un modelo psicopatológico diátesis-estrés se formuló la hipótesis que el diagnóstico de cáncer de su padre fue el detonante que activó la vulnerabilidad de la paciente para interpretar catastróficamente una serie de sensaciones y cambios corporales y mentales. Su madre fue, al parecer, el modelo del cual Patricia aprendió que tales sensaciones y cambios indican enfermedad o son dañinos de alguna otra manera.

En cuanto al Trastorno de Despersonalización-desrealización, existen modelos biológico-fisiológicos y modelos psicológicos para explicarlo. En lo que respecta a los primeros, se sabe que las experiencias de distanciamiento tienen un perfil neurofisiológico caracterizado por la inhibición frontal de los sistemas emocionales límbicos, acompañado por la correspondiente activación de la corteza prefrontal derecha (Sierra y Berrios, 1998). Esto puede producir un estado caracterizado por alerta vigilante, un foco ampliado de la atención y ausencia de emoción que sería ideal para mantener el control de la conducta en circunstancias extremadamente amenazantes. Este estado, sin embargo, podría resultar altamente doloroso e incapacitante cuando se desencadena en ausencia de una amenaza objetiva o se mantiene tiempo después de que la amenaza objetiva ya no existe. Los modelos psicológicos (Sedman, 1970), por otra parte, apuntan a que las experiencias de despersonalización y desrealización son comunes en las muestras no-clínicas, donde las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses varían entre 46% y 74%. También se sabe que individuos saludables expuestos a un peligro que amenaza la vida casi siempre informan cierto grado de despersonalización, lo cual apoya la idea de que estos fenómenos son una parte normal de la respuesta al peligro abrumador (Hunter, Phillips, Chalder, Sierra y David, 2003). Podría ser que en los individuos predispuestos la despersonalización se desencadenara más fácilmente y que, una vez establecida, se cronificara y apareciera ante diversos estímulos. Tanto los modelos psicológicos como los biológicos sugieren que en la despersonalización las respuestas emocionales normales se “desactivan”, lo cual conduce a la pérdida del tono emocional en la experiencia de uno mismo y de la realidad. Una vez establecidas, estas sensaciones desagradables y extrañas pueden, a su vez, generar más ansiedad y alimentar el círculo vicioso despersonalización-ansiedad que experimentan pacientes como Patricia.

En base a los modelos arriba expuestos se formuló la hipótesis que, cuando niña, la paciente sufrió repetidamente episodios de terror de que su madre muriera y la dejara sola, durante los cuales experimentaba una serie de sensaciones físicas y mentales que son parte normal del miedo extremo. Por condicionamiento interoceptivo estas sensaciones fueron luego capaces de desencadenar experiencias de despersonalización-desrealización en ausencia de un peligro extremo. Patricia, siguiendo el modelo de su madre, al igual

que hacía con las molestias físicas y los síntomas de activación autonómica, interpretó las experiencias de distanciamiento como signo de una grave enfermedad: estar volviéndose loca.

Se formuló, además, la hipótesis que las interpretaciones catastróficas generaban hipervigilancia de las sensaciones y cambios físicos y mentales y que esto incrementaba las chances de tomar conciencia de sensaciones que para otros individuos pasarían desapercibidas, con el consiguiente aumento del malestar.

Para reducir su ansiedad, Patricia recurría a conductas tales como el repetido chequeo de su estado corporal y mental, las reiteradas consultas médicas y la evitación de situaciones que potencialmente activarían sus síntomas (transporte público, espacios abiertos, supermercados). Estas estrategias, aunque aplacaban sus temores en el corto plazo, funcionaban como factores de mantenimiento de su padecer.

Se decidió, entonces, explicar los síntomas de despersonalización-desrealización, los de ansiedad ante la enfermedad y los de pánico a partir del modelo cognitivo conductual del Trastorno de Pánico (Craske y Barlow, 2007) debido a que los tres tipos de síntomas derivaban de la interpretación catastrófica de sensaciones y cambios corporales y mentales por lo demás, benignos. Se decidió, además, no tratar el Trastorno Depresivo Mayor por ser secundario a los otros trastornos, en la esperanza de que desapareciera al superarse los trastornos primarios.

El tratamiento consistió en cuatro módulos: psicoeducación, reestructuración cognitiva de las interpretaciones catastróficas, exposición interoceptiva y situacional y prevención de recaídas. Se ayudó a Patricia a comprender que una serie de sensaciones constituyen una parte normal de la experiencia emocional intensa y otras son variaciones normales del funcionamiento físico y mental. La exposición interoceptiva o exposición a las sensaciones corporales, un componente fundamental del protocolo cognitivo-conductual del Trastorno de Pánico, fue incorporada por Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen y Ehrenreich-May (2011) como un módulo del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, esto es, se aplica a todos los pacientes depresivos o con trastornos de ansiedad.

En la Prueba de Inducción de Síntomas se comprobó que los ejercicios más apropiados para Patricia, esto es, los que creaban sensaciones físicas incómodas que le producían una ansiedad semejante a la de los peores momentos, fueron hiperventilar (respiración superficial a 100-120 respiraciones por minuto durante 60 segundos), respirar a través de una pajita estrecha colocada en la nariz durante 2 minutos, mirarse fijamente en el espejo durante 3 minutos, mirar un punto del tamaño de una moneda pequeña en la pared durante 3 minutos y mirar una ilusión óptica como una espiral rotativa durante 2 minutos. Estos ejercicios le producían taquicardia, ahogo, mareo y, sobre todo los tres últimos, desrealización. La terapeuta demostraba en sesión cada ejercicio y luego la paciente lo llevaba a cabo cinco veces seguidas, con breves intervalos entre un ensayo y el siguiente. Como la exposición entre sesiones es esencial para facilitar la generalización y disminuir el recurrir a señales de seguridad, por ejemplo, la presencia de otros, se le asignaba como tarea para la casa practicar sola los ejercicios, en series de cinco, dos o tres veces al día. Luego se usaron las actividades de la vida

diaria para inducir las sensaciones temidas, en reemplazo de los ejercicios de inducción de síntomas. La ventaja de estas actividades es que son mucho más largas que los ejercicios. Se le indicó a Patricia hiperventilar o mirar un punto fijo en el ómnibus camino al trabajo o al recorrer los pasillos del supermercado, prestando plena atención a las sensaciones corporales y experimentándolas a pleno a lo largo de toda la actividad.

La exposición tuvo un fuerte impacto terapéutico. Patricia descubrió, deleitada, que ya no interpretaba catastróficamente una serie de sensaciones sino que, por el contrario, podía tolerarlas sin excesiva ansiedad.

Resultado

Después de 24 sesiones, la paciente ya no reunía los criterios de ninguno de los tres diagnósticos iniciales; la depresión mayor había desaparecido sin tratarla, de acuerdo a lo esperado. Patricia había retomado su carrera terciaria, se sentía muy feliz por el éxito de su trabajo en la terapia y, en consecuencia, la relación con su pareja y pequeña hija había vuelto a la normalidad. “Usted me cambió la vida”, le dijo a su psicóloga al despedirse.

Su notable recuperación se hacía evidente al comparar los resultados del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) que completó en la etapa de pre-tratamiento y al terminar los seis meses de terapia. En esta prueba, los puntajes transformados T iguales o mayores a 65 (esto es, los que están a 1,5 desviación típica por encima de la media) tienen significación clínica. En la Tabla 1 se presentan las escalas en las cuales Patricia igualaba o superaba dicha referencia en la primera toma y, en la siguiente columna, sus puntajes en la segunda toma, todos los cuales estaban dentro del rango normal.

Tabla 1 Puntajes MMPI-2 de Patricia al comenzar la terapia y 6 meses después

Escala	Comienzo tratamiento	Fin tratamiento
Hipocondría (Quejas Somáticas)	81	54
Depresión (Bajas Emociones Positivas)	72	50
Histeria (Ingenuidad)	80	55
Psicastenia (Emociones Negativas Disfuncionales)	78	50
Paranoia (Ideas de Persecución)	70	59
Esquizofrenia (Experiencias Aberrantes)	74	46

Patricia fue vista en dos oportunidades luego de la finalización del tratamiento, una a los 3 y otra a los 6 meses, pactadas para evaluar si seguía poniendo en práctica las habilidades aprendidas en terapia ante situaciones emocionalmente difíciles. En el seguimiento de los 6 meses también respondió el Índice Whiteley, un cuestionario de 14 preguntas destinadas a identificar personas con actitudes hipocondríacas, medir la gravedad de las mismas y evaluar si se modifican con el tratamiento. El puntaje de Patricia caía en el rango normal, evidenciando el mantenimiento de los logros terapéuticos.

Conclusión

Encontrar los mecanismos psicopatológicos comunes a la Ansiedad ante la Enfermedad con ataques de pánico y al Trastorno de Despersonalización-desrealización extrapolando a partir del modelo cognitivo-conductual del Trastorno de Pánico y centrar el trabajo terapéutico en dichos mecanismos es probablemente la explicación del éxito del tratamiento, logrado en sólo 24 sesiones y mantenido a través del tiempo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, Estados Unidos, American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Therapist Guide*. Nueva York, Estados Unidos, Oxford University Press.
- Craske, M. y Barlow, D. (2007). *Mastery of your Anxiety and Panic. Therapist Guide* (4ª ed.). Nueva York, Estados Unidos, Oxford University Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. Nueva York, Estados Unidos, Oxford University Press.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E.C.M., Frasquilho, F. y Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Hunter, E., Phillips, M., Chalder, T., Sierra, M. y David, A. (2003). Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1451-1467
- Sedman, G. (1970). Theories of depersonalization: A re-appraisal. *The British Journal of Psychiatry*, 117(536), 1-14.
- Sierra, M. y Berrios, G. (1998). Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44(9), 898-908.