



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 4

Diciembre de 2019

## INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANEMIA FERROPÉNICA CRÓNICA SEVERA

Lindsay Carrillo Valdez<sup>1</sup> y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo<sup>2</sup>  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

Los factores psicológicos desempeñan un papel relevante en la evolución de muchas enfermedades físicas. De la misma manera, el diagnóstico y experiencia de una enfermedad tienen consecuencias psicológicas que justifican la intervención del especialista de la conducta. Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años de edad, divorciado, con carrera universitaria trunca, desempleado, padre de dos hijos, con diagnóstico, tratamiento y seguimiento hematológico por anemia ferropénica crónica severa. El paciente refirió preocupación ante el diagnóstico, la hospitalización, así como frente a problemas económicos. Se realizó entrevista conductual y se aplicaron las Escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Estrés Percibido (PSS), Tipo A de Eysenck y Fulker, Numérica Analógica (ENA) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Con base en la evaluación psicológica se conformó el Mapa Clínico de Patogénesis y el Mapa de Alcance de Metas que incluyó psicoeducación, relajación, solución de problemas y ejercicios cognitivos. Tras el tratamiento, y en una sesión de seguimiento, se aplicaron nuevamente los instrumentos de medición y en todos se obtuvieron puntajes menores a los iniciales, por lo que se concluye que las técnicas cognitivo-conductuales favorecen

<sup>1</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo Electrónico: [psiclcarrillovz@gmail.com](mailto:psiclcarrillovz@gmail.com)

<sup>2</sup> División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo Electrónico: [psicmaeoc@gmail.com](mailto:psicmaeoc@gmail.com)

respuestas adaptativas ante las situaciones estresantes relacionadas con una enfermedad médica.

**Palabras clave:** medicina conductual, hematología, psicoeducación, relajación, solución de problemas, ejercicios cognitivos.

## COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF SEVERE CHRONIC IRON DEFICIENCY ANEMIA

### ABSTRACT

Psychological factors play a relevant role in the evolution of many physical illnesses. In the same way, the diagnosis and experience of a disease have psychological consequences that justify the intervention of the behavior specialist. In this study, the case of a male patient of 43 years old, divorced, with unfinished university studies, unemployed, father of two, with diagnosis, treatment and hematological follow-up for iron-deficiency anemia, is presented. The patient reported concerns about diagnosis and hospitalization, as well as economic problems. A behavioral interview was conducted and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Perceived Stress Scale (PSS), Eysenck and Fulker Type A Behavior Pattern Questionnaire, Numerical Rating Scale (NRS), and the State Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied. Based on the psychological evaluation, the Clinical Pathogenesis Map and the Goal Attainment Map were designed, which included psychoeducation, relaxation, problem solving and cognitive exercises. After the treatment, and in a follow-up session, the measuring instruments were applied again, and all the scores were lower than the initial ones; so it is concluded that cognitive-behavioral techniques favor adaptive responses in stressful situations related to a medical illness.

**Keywords:** behavioral medicine, hematology, psychoeducation, relaxation, problem solving, cognitive exercises.

La anemia es una enfermedad de la sangre que consiste en la reducción del volumen de glóbulos rojos y la consecuente disminución en los niveles de hemoglobina, razón por la cual el transporte de oxígeno resulta insuficiente para cubrir las necesidades fisiológicas del paciente. La incidencia y prevalencia de esta patología es muy alta. La Organización Mundial de la Salud reporta que 1620 millones de personas (24,8% de la población) presentan algún grado de anemia, de forma tal que constituye la primera causa de consulta hematológica (Bastos, 2009; Hernández, Reyes y Moraleda, 2017; Sánchez, Sánchez y Moraleda, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2019).

De los diferentes tipos de anemia, el más común es la anemia ferropénica, la cual se caracteriza por una eritropoyesis deficiente debido a la falta o disminución del hierro medular que deriva en síntomas físicos tales como fatiga, parestesias, ardor en la lengua, glositis, síndrome de piernas inquietas; además de síntomas psicosociales, entre los que destacan la disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, baja productividad, déficit de atención, pobre respuesta a estímulos sensoriales, entre otros, que afectan la calidad del vida del paciente de forma considerable (Bastos, 2009; Casellas-Jordá, Vera-Mendoza, Barreiro-de-Acosta, Vázquez-Morón, López-Román y Júdez-Gutiérrez, 2018; Hernández, Reyes y Moraleda, 2017; Instituto Mexicano de Seguro Social, 2010; Sobrado, Cançado, Sobrado, Frugis y Sobrado, 2015).

Entre las causas más frecuentes de anemia ferropénica se encuentra la pérdida crónica de pequeñas cantidades de sangre, principalmente por hemorragias digestivas, úlcera péptica, parásitos intestinales, etcétera; incluso, se ha identificado que el paciente con enfermedades gastroenterológicas activas tiene mayor riesgo de presentar anemia ferropénica severa. En cuanto al tratamiento médico, se orienta hacia la reposición del hierro y a atacar la causa primaria de la anemia. Generalmente, el tratamiento con hierro es ambulatorio y vía oral; no obstante, cuando la anemia es grave o refractaria al tratamiento oral se opta por la administración intravenosa bajo vigilancia hospitalaria (Bastos, 2009; Casellas-Jordá, *et al.*, 2018; Hernández, Reyes y Moraleda, 2017).

Para el paciente anémico la transición del tratamiento oral ambulatorio al intravenoso hospitalario no es sencillo, en primer lugar, porque implica que su condición se agravó o no respondió a la terapéutica inicial. Además, el ingreso a un hospital favorece la presencia de reacciones emocionales y cambios significativos en su vida. Durante la hospitalización se le despoja de su ropa, disminuye su privacidad, comparte la sala con otros enfermos (algunos de los cuales se encuentran graves y/o mueren en su presencia), debe adaptarse a una nueva rutina de alimentación, sueño, higiene, visitas, disminución de actividades cotidianas y laborales, flujo constante de personas extrañas y procedimientos

clínicos de diagnóstico y tratamiento desconocidos. Por tanto, es frecuente que el paciente manifieste ansiedad, miedo, otras emociones y procesos psicológicos que se relacionan no solo con la etiología, sino con el curso y pronóstico de las enfermedades físicas (López, 2007).

Existe evidencia científica respecto del efecto de factores psicológicos, tales como ansiedad, estrés, conductas desadaptativas, estilo de afrontamiento, características de personalidad (por ejemplo, el patrón de conducta tipo A), etcétera, sobre la evolución de diversas enfermedades biológicas, así como su papel en la búsqueda de ayuda médica por parte del paciente (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995; Steibel, 2017; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003).

Por ejemplo, está documentado que el estrés, como un proceso complejo de interacción entre demandas ambientales, evaluación, respuestas, estilos de afrontamiento, factores sociales y variables distorsionales, interviene en la génesis y mantenimiento de la dispepsia funcional e incluso se han propuesto hipótesis sobre la manera en los factores psicológicos y sociales se interrelacionan con los mecanismos de la bacteria *helicobacter pylori* y de esta forma se agudiza la enfermedad médica (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2004) Frente a la complejidad del proceso salud-enfermedad, la intervención del psicólogo especialista en medicina conductual, a lo largo de las etapas de la enfermedad y como parte de un equipo multidisciplinario de expertos en salud, queda plenamente justificada.

Cabe señalar que ante las características biopsicosociales del proceso salud-enfermedad, de los contextos hospitalarios, así como de sus involucrados, no es de extrañar que el psicólogo oriente sus intervenciones a los episodios de crisis, solución de problemas, psicoterapia breve de apoyo, acompañamiento terapéutico y psicoeducación. El propósito de su inserción y participación en los escenarios de salud es facilitar, en el tiempo disponible, la sensación de control, la expresión de respuestas adaptativas y la continuidad de los proyectos de vida del paciente (López e Iriando, 2019).

Por tanto, el objetivo de este trabajo es describir un caso de factores psicológicos que afectan el curso y posibles causas de la anemia ferropénica crónica severa y otras patologías físicas de un paciente masculino de 43 años conocido en hospitalización y con intervenciones subsecuentes en consulta externa.

#### Presentación del caso

##### Datos demográficos

W es un hombre de 43 años de edad; residente del Estado de México; padre de dos hijos, un varón de 21 años de edad y una mujer de 17 años; con estudios universitarios no finalizados en Administración; divorciado desde hace 6 años; desempleado desde hace 3 meses; de religión cristiana. Desde que se divorció de su expareja vive con su madre y su hermano menor, describe su dinámica familiar como positiva y organizada. Asimismo, convive con sus hijos de forma regular y mantiene una relación más estrecha con su hija.

##### Antecedentes

W percibió cambios en su estado de salud biológica desde hace seis años. Atribuyó los síntomas físicos, caracterizados por dolor gástrico e inflamación abdominal, a su actitud autoexigente ante las actividades laborales, de un empleo que describió como altamente estresante y demandante por su nivel jerárquico y responsabilidades. Por otro lado, señaló que durante ese lapso sus hábitos de alimentación no eran adecuados, su dieta incluía grandes cantidades de grasas e hidratos de carbono al preferir comida rápida adquirida fuera del hogar y no contar con horarios establecidos para el consumo de alimentos, de acuerdo con él, por priorizar el trabajo.

Asimismo, comentó que el malestar físico se agudizó seis meses atrás; no obstante, no buscó atención médica, consideró que no era necesario, ya que en ese momento los síntomas eran tolerados. Hace tres meses, W presentó renuncia a su empleo como supervisor debido al empeoramiento de los síntomas físicos, específicamente, molestias gástricas; además de fatigabilidad importante al grado

de no poder levantarse de la cama. Desde su punto de vista, la pérdida de empleo fue una consecuencia del deterioro de su salud física que a su vez fue resultado de su personalidad y hábitos.

Sobre su personalidad, W se describió como una persona exigente, muy responsable, que se preocupa demasiado, con un gran sentido de urgencia y que piensa que siempre tiene que ser el mejor. El paciente aseguró que estas características de personalidad comenzaron a desarrollarse desde que era pequeño, cuando su padre dejó el hogar, observó a su madre hacerse cargo de la crianza y economía de la familia y comenzó a trabajar a temprana edad. Respecto de relaciones interpersonales no relativas a la familia W refirió no tener amistades y no agradecerle la intimidad.

W aseguró que desde la pérdida de empleo ha experimentado preocupación recurrente al no encontrar soluciones efectivas para su manutención y la de su hija menor de edad. W caracterizó la preocupación con tensión muscular en rostro y hombros; irritabilidad, incapacidad para encontrar soluciones, pensamientos autoinculpatorios repetitivos sobre su salud, economía, trabajo y paternidad; además de aumento en inflamación y dolor abdominales. Ante esta situación puso en marcha una serie de estrategias anómalas de afrontamiento.

Hace dos meses, W buscó atención médica, se le diagnosticó anemia ferropénica, la cual fue refractaria a tratamiento ambulatorio de administración oral, por lo que fue hospitalizado. Durante el internamiento también recibió diagnóstico de úlcera péptica e infección por *helicobacter pylori*. W refirió la agudización de los síntomas de preocupación previamente experimentados debido a la hospitalización, falta de empleo, imposibilidad para trabajar por su estado de salud, gastos médicos de la hospitalización y gastos escolares de su hija. Finalmente, tras 8 días de internamiento y tratamiento médico dirigido a las patologías físicas, recibió alta médica por mejoría y solicitó seguimiento psicológico en consulta externa.

Motivo De Consulta

Durante la entrevista de rutina para pacientes hospitalizados de primera vez, W refirió incertidumbre por el diagnóstico médico y la hospitalización, así como preocupación por la falta de recursos económicos para costear su atención médica y la manutención de su hija ante la falta de empleo. Al momento de recibir alta hospitalaria, solicitó seguimiento psicológico en consulta externa para favorecer la adaptación a la enfermedad médica y generar alternativas de solución para sus problemas económicos.

### Evaluación

Con la finalidad de conceptualizar el caso de W, se empleó la entrevista conductual, observación clínica y se aplicaron instrumentos de autoinforme. En la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith, validada para población mexicana por Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar (2015), W obtuvo una puntuación inicial de 15 (problema clínico) para ansiedad y 8 puntos (dudoso) para depresión. En el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtuvo una puntuación de 40 (nivel medio) para estado y 37 puntos (nivel medio) para rasgo. En lo que respecta a la Escala de Estrés Percibido (PSS) W obtuvo una puntuación de 41 de un máximo de 56 posibles, mientras que en la evaluación del Patrón de Conducta Tipo A de Eysenck y Fulker, obtuvo 55 puntos de 116 posibles. Asimismo, las primeras ENA's reportadas por W para ansiedad y estrés se encontraban en 8 puntos de 10.

Con base en los resultados de la evaluación del estado pasado y actual de W, se conformó el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006), a través del cual se observaron varios factores de desarrollo que se relacionan de forma etiológica con sus síntomas de ansiedad y estrés. Se trata del abandono de su padre, el inicio de actividades laborales a temprana edad, autoexigencia, divorcio, trabajo estresante, hábitos de alimentación inadecuados, la presencia de molestias gástricas desde hace 6 años y la pérdida del empleo hace 3 meses como sucesos estresantes y negativos.

Tales experiencias de aprendizaje tempranas operaron para generar vulnerabilidades orgánicas tales como características de Patrón de Conducta

Tipo A; estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategias anómalas (búsqueda de apoyo espiritual, autoinculparse, reservar el problema para sí); respuesta fisiológica exacerbada de estrés; diagnóstico y tratamiento médico (Anemia Ferropénica Crónica Severa + Enfermedad ulcerosa péptica + Infección por helicobacter pylori tratada con hierro intravenoso + terapia triple); así como creencias sobre la enfermedad médica, la paternidad y el trabajo. Además, presenta excesos en la respuesta fisiológica de estrés; déficit en habilidades del proceso de solución de problemas y en la búsqueda de apoyo profesional (médico), así como habilidades para las autoverbalizaciones, la búsqueda de información y de apoyo social (solo instrumental).

Ciertas situaciones operan como estímulos detonantes, por ejemplo, cuando está solo, cuando recibe solicitudes de estudios médicos y pagos, cuando habla con su hija por teléfono y cuando genera distorsiones cognitivas de tipo catastrófico. Así, W manifiesta aumento de los síntomas motores y fisiológicos de ansiedad y estrés, irritabilidad, incapacidad para encontrar soluciones al problema actual, pensamientos autoinculpatorios y repetitivos sobre la enfermedad y la situación económica, así como distorsiones cognitivas de exigencia, perfeccionismo, razonamiento emocional, inferencia arbitraria, lectura del pensamiento.

Desde el punto de vista funcional, las autoverbalizaciones y la búsqueda de información y apoyo (espiritual y social) operan para el mantenimiento de la respuesta. Asimismo, el mantenimiento de síntomas de ansiedad y estrés, el reforzamiento de distorsiones cognitivas y la agudización de las enfermedades médicas, como consecuencias a largo plazo, actúan para reforzar y mantener la relación entre las variables orgánicas y de respuesta (Ver Figura 1).

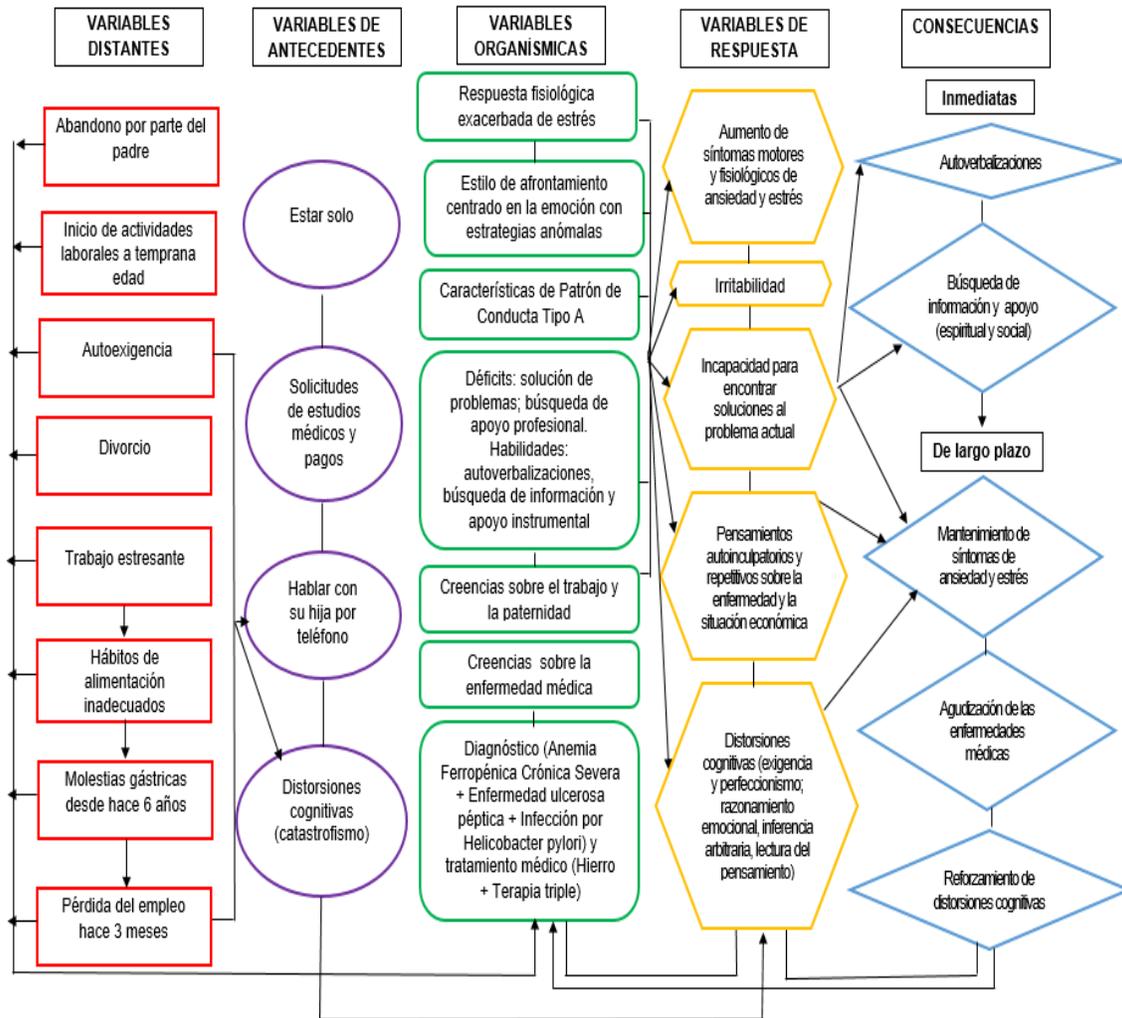


Figura 1. Mapa Clínico de Patogénesis de W.

De acuerdo con el análisis anterior, se conformó el Mapa de Alcance de Metas (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) y se consideró que la intervención se dirigiera a las variables de respuesta, en sus tres niveles, así como a las variables orgánicas susceptibles de modificación que median y modulan la respuesta. Por lo tanto, se propuso un tratamiento basado psicoeducación, orientada a las variables cognitivo-culturales, que contribuyera a la desmitificación de creencias sobre las enfermedades médicas y su tratamiento; además de un entrenamiento en relajación que posibilitara la disminución de los síntomas fisiológicos y motores de ansiedad y aumentara las habilidades y recursos que disminuyeran los efectos de la reacción fisiológica exacerbada de estrés; así como un entrenamiento en

solución de problemas para disminuir los efectos del estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategias anómalas y de las características del patrón de conducta tipo A. Además, se propusieron ejercicios cognitivos que permitieran la identificación y modificación de distorsiones cognitivas asociados a los síntomas de ansiedad y estrés relacionados con el padecimiento médico y los problemas económicos (Ver Figura 2).

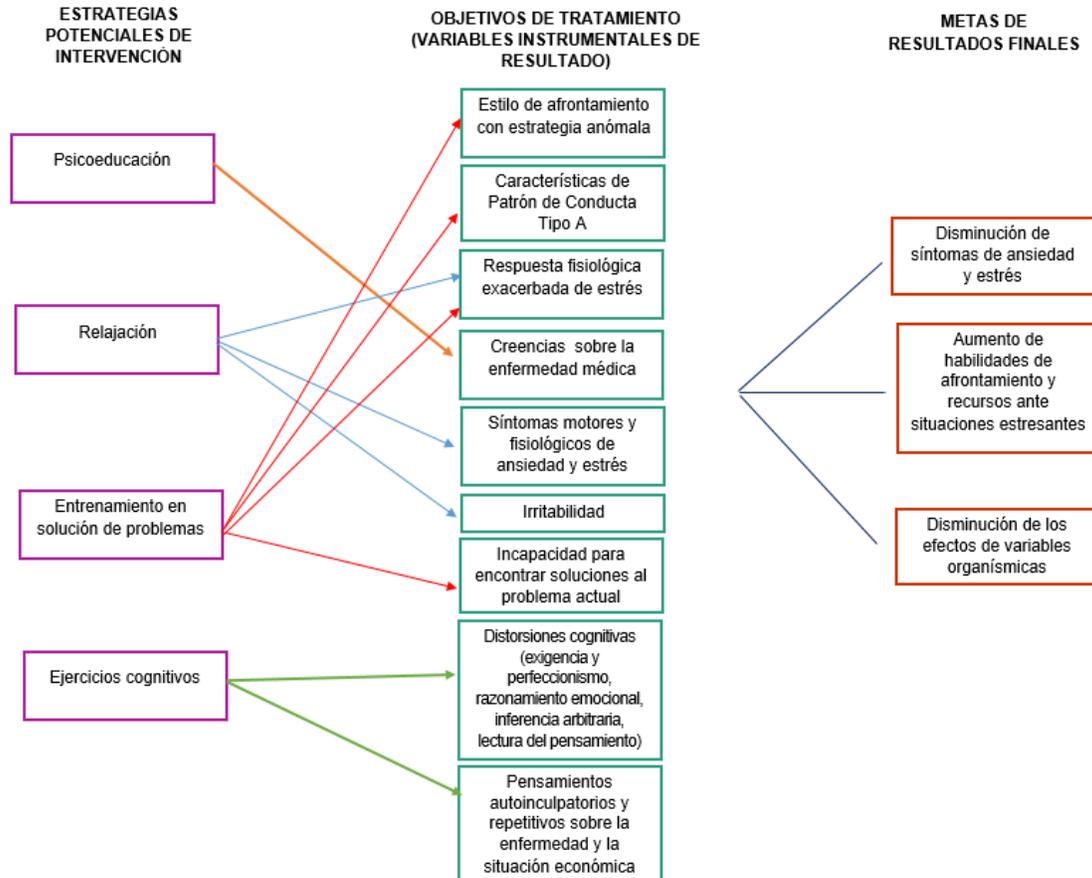


Figura 2. Mapa de Alcance de Metas de W.

### Diagnóstico

Con base en el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), W presenta [316] Factores psicológicos que afectan en otras afecciones médicas, moderado [F54]. Anemia Ferropénica Crónica Severa (D50.0) (B98.0) + Enfermedad Ulcerosa Péptica (K27). V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado

con el empleo. V60.2 (Z59.6) Ingresos bajos. WHODAS (Aplicación por el entrevistador 12 preguntas): 35.

### Intervención

Derivado del análisis funcional y conforme al Mapa de Alcance de Metas (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006), se propuso a W un tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales que incluyeron psicoeducación, relajación, entrenamiento en solución de problemas y ejercicios cognitivos. Se propusieron los siguientes objetivos generales y específicos de acuerdo con cada estrategia terapéutica:

### Objetivo general

Disminuir los síntomas de ansiedad y estrés del paciente, en los tres niveles de expresión de la conducta, motor, cognitivo y fisiológico, así como los efectos del estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategias anómalas y características de patrón de conducta tipo A, a través del entrenamiento en habilidades y aumento de recursos psicológicos para afrontar situaciones estresantes.

### Objetivos específicos

#### ➤ Psicoeducación

Que el paciente...

- Identifique las características de la anemia ferropénica, su diagnóstico y tratamiento.
- Identifique las características de la ansiedad como respuesta emocional, así como las diferencias entre ansiedad adaptativa y desadaptativa.
- Identifique las características del estrés como proceso de intercambio entre el individuo y el ambiente, así como las diferencias entre estrés adaptativo y desadaptativo.

- Identifique la relación entre anemia ferropénica, úlcera péptica, ansiedad y estrés.

➤ Relajación (respiración pasiva y relajación muscular progresiva).

Que el paciente...

- Identifique las respuestas fisiológicas y motoras ante situaciones estresantes y de ansiedad.
- Identifique la respiración pasiva como respuesta que disminuye los síntomas fisiológicos y motores de ansiedad y estrés.
- Identifique la relajación muscular como respuesta que disminuye los síntomas fisiológicos y motores de ansiedad y estrés.
- Realice ejercicios de relajación ante situaciones estresantes.

➤ Solución de problemas

Que el paciente...

- Desarrolle orientación hacia el problema.
- Defina el problema.
- Genere soluciones alternativas.
- Tome decisiones.
- Ejecute la solución.
- Compruebe resultados de la ejecución de la solución.

➤ Ejercicios de reestructuración cognitiva

Que el paciente...

- Identifique el papel de los pensamientos en el origen, curso y mantenimiento de su respuesta de ansiedad y de estrés.
- Identifique, cuestione y sustituya pensamientos con poco valor adaptativo.

La intervención se dividió en dos partes, de acuerdo con el escenario en el que se llevó a cabo. La primera tuvo lugar en hospitalización; consistió en 3 sesiones, de corta duración, 35 a 40 minutos, en las que se priorizó la psicoeducación sobre la anemia ferropénica, diagnóstico y tratamiento médico; ansiedad, estrés y su relación con las enfermedades físicas. Al inicio y término de

cada sesión se aplicaron ENA's de ansiedad y estrés con el fin de evaluar y visualizar de forma gráfica la evolución de W. Asimismo, se entrenó en respiración pasiva como una manera de favorecer la respuesta de relajación durante los días de internamiento sin poner en riesgo la integridad física del paciente citopénico. Cabe mencionar que en esta etapa W realizó por iniciativa propia un esquema de alimentación de acuerdo con la información proporcionada por el equipo médico y búsqueda en internet, ante dicha conducta recibió orientación y reforzamiento social positivo.

La segunda parte de la intervención se realizó en consulta externa y consistió en 6 sesiones. La duración de las sesiones fue de 50 a 60 minutos y tuvieron lugar cada 3 o 4 semanas debido a la imposibilidad del paciente para asistir semanalmente por cuestiones económicas y de distancia. De la misma manera que en hospitalización, al inicio y término de cada sesión se aplicaron ENA's de ansiedad y estrés. Cabe señalar que en cada encuentro W indicó el estado actual de la anemia conforme al informe y las recomendaciones médicas proporcionadas por el equipo de Hematología en sus consultas de seguimiento, todas las indicaciones fueron tomadas en cuenta para el diseño y ejecución de la intervención con el fin de no poner en riesgo la integridad física del paciente.

En los primeros encuentros en consulta externa se retomó la psicoeducación sobre ansiedad y estrés y se complementó con materiales psicoeducativos. Asimismo, al contar con niveles suficientes de hemoglobina, se entrenó en relajación muscular progresiva para complementar la respiración pasiva entrenada en hospitalización. Por otro lado, W también recibió psicoeducación sobre el método Stop, Slow down, Think, Act (SSTA) de Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013). Durante estas sesiones se propuso a W la realización de registros conductuales a manera de tarea; no obstante, el paciente mostró dificultades para su realización, por lo que se optó por omitirlos.

Posteriormente, se dedicaron 4 sesiones al entrenamiento en solución de problemas. Se completaron los pasos de la técnica de acuerdo con la propuesta de Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013). Derivado de dicho entrenamiento W diseñó un plan de acción y un plan de contingencia; debido a las condiciones de salud física,

este último fue el que aplicó con el fin de dar solución a sus problemas económicos derivados de la pérdida de empleo y su estado de salud y que interactuaban con sus respuestas de ansiedad y estrés. Con la finalidad de valorar el nivel de memorización y comprensión de cada uno de los pasos de solución de problemas, se solicitó la elaboración de un acrónimo, tarea completada exitosamente por el paciente.

Ahora bien, debido a que se identificó que las respuestas cognitivas de W, específicamente aquellas asociadas con su paternidad, exigencia y perfeccionismo, guardaban estrecha relación con las respuestas de ansiedad y estrés, en la sesión 9 se le propuso la realización de ejercicios cognitivos (búsqueda de evidencias y continuum cognitivo). W aceptó. Tras la realización de los ejercicios concluyó que se trataba de pensamientos poco adaptativos que podía modificar para percibir un mayor control de la situación estresante.

Finalmente, se aplicaron una vez más las escalas e inventarios. En la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), W obtuvo 2 puntos para ansiedad y 1 para depresión; en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtuvo 32 puntos en estado y 34 para rasgo, en ambos se conservó el nivel de ansiedad medio. En la Escala de Estrés Percibido (PSS) puntuó en 12 de 56, mientras que en el Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo A de Eysenck y Fulker aumentó a 60 puntos en la segunda aplicación. En cuanto a las ENA's de ansiedad y estrés se observó disminución progresiva hasta 2 y 3 puntos respectivamente.

Se realizó la devolución de resultados y se solicitó a W la comparación de los puntajes iniciales con los finales. W confirmó la disminución de respuestas de ansiedad y estrés, así como la adquisición de habilidades que le permiten afrontar la enfermedad médica, el tratamiento y las consecuencias psicosociales de ésta, entre ellos la pérdida del empleo. Finalmente, se trabajó en la generalización de las técnicas a situaciones estresantes diversas.

### Seguimiento

A lo largo de 5 meses se realizaron monitoreos. W refirió mejoría física y psicológica. Durante los seguimientos se retomó el plan de alimentación diseñado

por W durante el internamiento y se brindó psicoeducación sobre la importancia de mantener hábitos de alimentación saludable para evitar recaídas de las enfermedades médicas, en especial, para minimizar los riesgos asociados a la infección por *helicobacter pylori* y desarrollo de patologías de mayor gravedad como el cáncer gástrico. Igualmente, se incitó a la práctica constante de los ejercicios realizados en las sesiones de tratamiento.

A los 6 meses se le citó para tercera aplicación de tres de los instrumentos de autoinforme, en los cuales obtuvo puntuaciones más altas que en la segunda aplicación; sin embargo, se mantuvieron puntajes bajos respecto de los primeros resultados. En la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), W obtuvo 8 puntos para ansiedad (dudoso) y 3 (problema ausente) para depresión; en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtuvo 34 puntos en estado y 35 para rasgo, en ambos se conservó el nivel de ansiedad medio en las tres aplicaciones, mientras que en la Escala de Estrés Percibido (PSS) puntuó en 16. En la Figura 3 se observa la comparación de los puntajes obtenidos en los instrumentos de autoinforme en la aplicación inicial, al final de tratamiento y seguimiento.

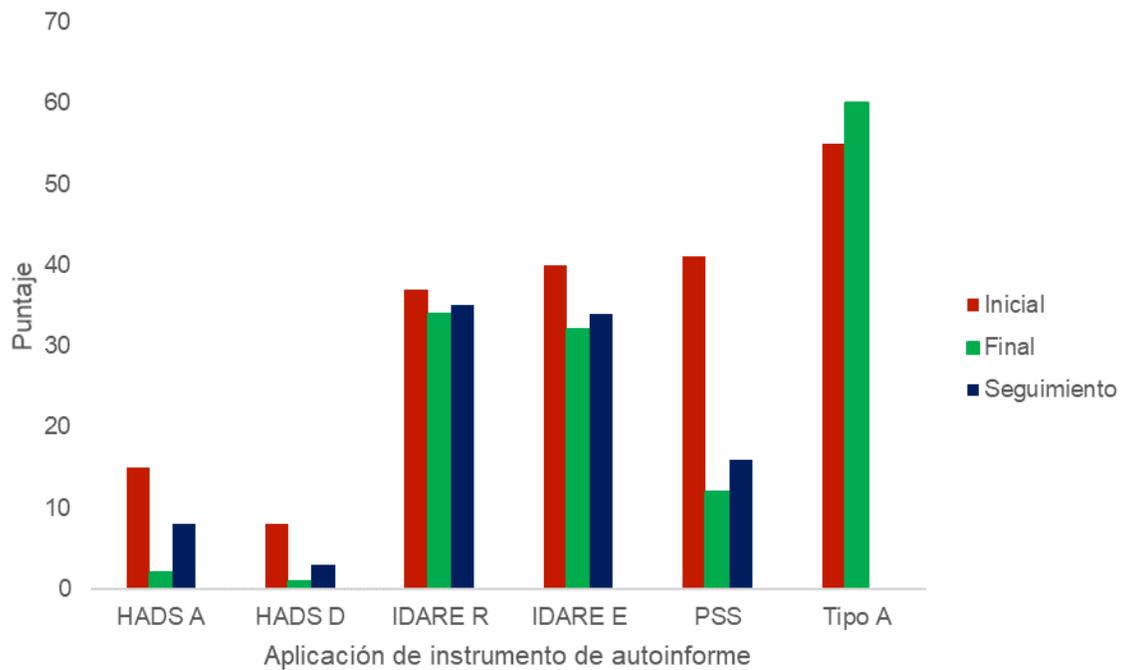


Figura 3. Comparación de puntajes obtenidos en aplicación inicial, al término del tratamiento y en seguimiento a seis meses. HADS A = Escala Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Subescala Ansiedad; HADS D = Escala Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Subescala Depresión; IDARE R = Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Subescala Rasgo; IDARE E = Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Subescala Estado; PSS = Escala de Estrés Percibido; Tipo A = Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo A de Eysenck y Fulker.

En esta sesión de seguimiento W comentó que deseaba encontrar un empleo formal; no obstante, el envío de su currículum vitae no había resultado efectivo, por lo que había incurrido en la generación de distorsiones cognitivas respecto de su edad y capacidades laborales. Se solicitó la identificación del contenido cognitivo distorsionado con base en lo aprendido en la sesión 9 y se ejecutaron los ejercicios cognitivos realizados meses atrás, tras lo cual concluyó que su currículum podía ser obsoleto para los reclutadores. Se le entrenó en el diseño de un currículum efectivo.

Al mes siguiente, W reportó haber conseguido empleo como agente de seguros, una actividad laboral que considera altamente satisfactoria. Además, calificó sus respuestas de ansiedad y estrés como suficientes y controlables para cumplir sus responsabilidades de cuidado de salud, empleo y paternidad, por tanto, adaptativas. Por otro lado, comentó que su seguimiento médico por anemia ferropénica crónica severa y las afecciones gástricas ha finalizado, por lo que fue dado de alta con la indicación de reincorporarse por completo a sus actividades cotidianas.

En conformidad con los datos cuantitativos, se cumplió el objetivo general de disminución de los síntomas de ansiedad y estrés. Además, los datos cualitativos derivados de la observación clínica y las verbalizaciones del paciente a lo largo de las sesiones permiten corroborar la adquisición de habilidades e identificación de recursos psicológicos para afrontar las situaciones estresantes o problemas/retos relacionados con su salud física y otras áreas de su vida.

#### Discusión y conclusiones

La anemia ferropénica es la primera causa de consulta hematológica. Al tratarse de una problemática benigna, con alta incidencia y prevalencia, el médico especialista en Hematología prescribe un tratamiento que podría parecer poco complejo y sin mayores repercusiones psicológicas y sociales para el paciente. Sin embargo, se trata de una patología caracterizada por síntomas y consecuencias, no solo físicas, sino también psicosociales que aumentan cuando, por la severidad de la enfermedad o refractariedad al tratamiento inicial, el paciente recibe orden de internamiento y se enfrenta a más cambios en su vida (Bastos, 2009; Casellas-Jordá, et al., 2018; Hernández, Reyes y Moraleda, 2017; López, 2007). Así, el diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas biopsicosociales de la enfermedad constituyen estresores importantes para el paciente que, de no afrontarse de forma adaptativa, afectan directamente su calidad de vida (Sobrado, *et al.*, 2015). Ejemplo de lo anterior es la pérdida de empleo debido a problemas de salud y las consecuencias emocionales y psicosociales que derivan de ésta tal como se describió en el presente caso.

Igualmente, existe evidencia científica respecto del efecto de factores psicológicos sobre la etiología y evolución de enfermedades como la anemia ferropénica cuya cronicidad y severidad es consecuencia, por lo general, de patologías gastroenterológicas de base como la úlcera péptica y la infección por *helicobacter pylori* que, a su vez, también se relacionan con la presencia de ciertas emociones, patrones de conducta, características de personalidad, estilos de afrontamiento, hábitos, estilos de vida, etcétera (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995; Steibel, 2017; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2004), lo cual quedó ilustrado con el caso de W y que justifican la intervención del psicólogo a lo largo de las etapas de la enfermedad con la correspondiente adecuación de sus intervenciones al contexto, escenarios y tiempos disponibles (López e Iriando, 2019).

Los resultados obtenidos en este caso clínico permiten comprobar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en los aspectos psicológicos de las enfermedades médicas. De acuerdo con Gil-Lacruz e Izquierdo (2004) y López e Iriando (2019) las técnicas cognitivas y conductuales, como la solución de problemas y psicoeducación, favorecen el reconocimiento de recursos ante las situaciones estresantes, además de la eliminación de los elementos patógenos del estilo de afrontamiento; de esta forma, el paciente se percibe en mayor control, disminuye la percepción de emociones de valencia negativa y otras respuestas de estrés y da continuidad a sus proyectos de vida. Así quedó demostrado en este trabajo en el cual el paciente encontró soluciones eficaces a sus problemáticas y reportó mayor sensación de control y bienestar psicológico tras la disminución de las respuestas de ansiedad, estrés y otros factores psicológicos que caracterizaban su caso y afectaban sus patologías médicas.

No obstante, es importante subrayar el papel que los componentes de relación y la alianza terapéutica tuvieron en los resultados de la intervención (Miechenbaum, 1987; Beck, 2007), así como las habilidades y características sociodemográficas y de personalidad de W. Igualmente, es necesario hacer mención de algunas consideraciones metodológicas que pudieron poner en riesgo el éxito de la intervención, por ejemplo, el no tomar en cuenta otras propuestas

terapéuticas como la Inoculación de Estrés de Meichenbaum (1987), o bien, el modelo cognitivo de ansiedad y terapia cognitiva de Clark y Beck (2012). Cabe destacar también el exceso de confianza en el reporte verbal por parte del paciente sin considerar la variable de deseabilidad social y la búsqueda de reconocimiento propios de las características de personalidad que manifiesta; además de no haber insistido en la realización de registros conductuales, pilar básico de la evaluación e intervención conductual que favorece los cambios duraderos en el comportamiento. Estos errores deberán ser solventados en intervenciones futuras.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). **Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5**. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bastos, M. (2009). Anemia ferropénica. Tratamiento. **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, 101 (1), 70. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082009000100010&lng=es&tyng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010&lng=es&tyng=es).

Beck, J. S. (2007). **Terapia cognitiva para la superación de retos**. Barcelona: Gedisa.

Casellas-Jordá, F., Vera-Mendoza, I., Barreiro-de-Acosta, M., Vázquez-Morón, J. M., López-Román, J. y Júdez-Gutiérrez, J. (2018). Manejo del déficit de hierro y la anemia ferropénica en la enfermedad inflamatoria intestinal. Resultados de la encuesta "Gestiona Hierro-EII". **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, 110 (3), 172-178. <https://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5354/2017>

Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). **Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. Ciencia y Práctica**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Galindo, Ó., Meneses, A., Herrera, Á., Caballero, M. R. y Aguilar, J. L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12 (2-3). 383-392. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- Gil-Lacruz, M. e Izquierdo, A. (2004). Intervención en el patrón de conducta tipo A: un modelo interdisciplinar. *Persona*, 7, 71-85.
- Hernández, M. T., Raya, J. M. y Moraleda, J. M. (2017). Anemia por deficiencia de hierro y otras anemias microcíticas. En J. M. Moraleda (ed.) *Pregrado de Hematología* (4ª edición, 35-56). Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia.
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2010). **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos**. México: Instituto Mexicano de Seguro Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/415GER.pdf>
- López, A. M. e Iriando, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- López, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24 (5), 209-211.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Madrid: Martínez Roca.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). **Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas**. Recuperado de: [https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
- Sobrado, C. W., Cançado, R. D., Sobrado, L. F., Frugis, M. O. y Sobrado, M. F. (2015). Treatment of anemia and improvement of quality of life among patients with Crohn's disease: experience using ferric carboxymaltose. *Archivos de Gastroenterología*, 52 (4), 255-259. <https://dx.doi.org/10.1590/s0004-28032015000400002>

Steibel, G. B. (2017). ***El patrón de conducta tipo A y su relación con las conductas adictivas*** (Tesis de Doctorado). Córdoba: Instituto de Estudios de Postgrado.

Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. ***Anales de Psicología***, **19** (2), 223-234.

Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2004). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. ***Revista de Psicología y Psicopatología Clínica***, **9** (2), 81-98.