



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN:
MENCIÓN [PSICOLOGÍA CLÍNICA]

PROBLEMA:
TRASTORNO HIPOCONDRIACO, EN LA VIDA DIARIA EN UN PACIENTE DE 29
AÑOS

AUTOR:
CARBACHE TIRAPÉ RUDDY DENISSE

TUTOR:
Msc. MARIA MERCEDES CAMPELO VASQUEZ

BABAHOYO - 2021



RESUMEN

Desde la antigüedad se conoce a la hipocondría por sentir preocupación, no por los signos o síntomas, sino por la afirmación que tiene la persona de padecer algún problema de salud. Estos pensamientos, los cuales están establecidos en la interpretación equivocada de signos y sensaciones corporales, forma en el paciente creencias intensas del malestar clínicamente característico, con una alteración notable en sus actividades de la vida diaria y con exceso de fármacos.

El paciente recurre a varios servicios de salud y es atendido por algunos profesionales como médicos internos, externos, psiquiatras, psicólogos. Pero aquello no evita que el paciente piense que la enfermedad continua incluso con registros, exámenes o evaluaciones médicas. En ocasiones una revisión médica, genera factores de ansiedad, causando una afectación en el momento de realizar ciertas pruebas al paciente. Estos hechos provocan frustración e insatisfacción al paciente con la atención recibida por los profesionales, sintiendo que los profesionales no les prestan la atención adecuada.

Finalmente, en este proyecto se manifiesta cómo evoluciona este trastorno en un paciente de 29 años, y los tratamientos posibles para conllevar este trastorno en la vida diaria.

PALABRAS CLAVES: factores de ansiedad, hipocondría, síntomas, tratamiento.

ABSTRACT

Hypochondria has been known since ancient times because of concern, not because of the signs or symptoms, but because of the affirmation that the person has that they have a health problem. These thoughts, which are established in the wrong interpretation of bodily signs and sensations, form in the patient intense beliefs of clinically characteristic discomfort, with a notable alteration in their activities of daily living and with an excess of drugs.

The patient resorts to various health services and is cared for by some professionals such as internal and external doctors, psychiatrists, psychologists. But that does not prevent the patient from thinking that the disease continues even with medical records, examinations, or evaluations. Sometimes a medical check-up generates anxiety factors, causing an affectation at the time of performing certain tests on the patient. These facts cause frustration and dissatisfaction in the patient with the care received by the professionals, feeling that the professionals do not pay them adequate attention.

Finally, this project shows how this disorder evolves in a 29-year-old patient, and the possible treatments to carry this disorder in daily life.

KEYWORDS: anxiety factors, hypochondria, symptoms, treatment.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL:	2
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	10
RESULTADOS OBTENIDOS	12
RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS	14
SOLUCIONES PLANTEADAS	15
MATRIZ ESQUEMA TERAPÉUTICO	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

En el presente proyecto de investigación realizado en un centro de salud, debido al título profesional en Psicología Clínica en la Universidad Técnica de Babahoyo, estudio realizado en la línea de investigación de la carrera; Asistencia psicológica y por siguiente en la sublínea de orientación personal, social, familiar y profesional, este estudio fue realizado a través de la modalidad tele asistencia psicológica en el Punto de Salud El Buen Samaritano en la ciudad de Marcelino Maridueña – Guayas.

Este caso de estudio tiene como objetivo primordial identificar como el trastorno hipocondriaco afecta la vida cotidiana de un sujeto de 29 años de edad, en la cual se abordará problemáticas como, conceptualizaciones, técnicas, seguimiento familiar, factores de riesgo del individuo, ansiedad surgida por el trastorno y algunos sustentos teóricos relacionados al tema de estudio.

Este trabajo se realizó con la finalidad de exponer los factores de ansiedad ligados al trastorno hipocondriaco llevando a generar agentes de riesgo para el individuo, añadiendo a esta problemática la situación actual que se coexiste; la pandemia, la cual provoca que las personas sean más vulnerables o propensas a desarrollar algún trastorno mental.

Por esta razón con este tema de estudio se proyecta difundir conocimiento con el fin de servir a los estudiantes y profesionales del campo de salud mental para que se profundice realizar nuevas investigaciones con el objetivo de ejecutar lo investigado.

La metodología que se utilizó para este trabajo de investigación fue el enfoque sistémico enfatizando la clase de familia, aplicación de técnicas; una de ellas la historia clínica, recogida de datos a través de la observación, aplicación de test, terapias; TCC, y finalizando la psicoeducación.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio de caso es dar a conocer a las personas que tienen el trastorno hipocondriaco que, con ayuda pertinente, profesional y autoeducación, se puede conllevar el síndrome.

En este trabajo investigativo el objetivo es en primer lugar, identificar factores psicosociales los cuales generan ansiedad, y por último exteriorizar la afectación que causa en las personas, con el fin que el beneficiario directo, pueda tener una correcta orientación de cómo afrontar situaciones presentadas en su vida diaria y así consiga subyugar su sintomatología.

Este tema investigativo tiene como objetivo ofrecer educación psicológica al paciente para que así logre priorizar sus habilidades y recursos necesarios con el fin de llegar a una orientación y poseer un buen manejo de pensamientos, los cuales el paciente logrará tener seguridad emocional, comprimiendo de carácter demostrativo los síntomas.

Este estudio de caso es factible y viable ya que, con los datos obtenidos y la debida aplicación de técnicas al beneficiario, por los cuales se obtendrá información respectiva y posterior a lo mencionado obtener los debidos resultados a partir de la interpretación para el respectivo diagnóstico, con el propósito de aplicar las diversas terapias como la cognitiva conductual, y la racional - emotiva, disminuyendo signos y colaborando con su recuperación actual y futura.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar como el trastorno hipocondriaco afecta la vida diaria en un hombre de 29 años de edad, en la ciudad de Marcelino Maridueña provincia del Guayas, disminuyendo los síntomas causados por el trastorno.

SUSTENTOS TEÓRICOS

TRASTORNO

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2006, pág. 5).

Este problema se basa en los cambios bruscos que presenta un sujeto, empezando desde sus emociones hasta sus actitudes frente a sus relaciones de pare, siendo estos opositores a las normas que están regidos. También se puede notar permutaciones significativas en las relaciones personales del individuo.

(American Psychiatric Association, 2013) afirma. “Es un patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece” (p.3).

Cuando se adquiere aquella enfermedad, a las personas se las puede visualizar con cambios constantes tanto física como psicológicamente afectando a la persona como a sus familiares o sociedad.

HIPOCONDRÍA

Las personas con estos problemas se desvinculan de sí mismo. Los pensamientos de las personas que tienen esta enfermedad, están presentados por angustia y miedo, llegando a los pensamientos negativos exhibiendo sus emociones, los cuales presentan efectos adversos ya sea por el régimen de los fármacos, alcanzando a presentar diversos síntomas no relacionados con la sustancia (Torales, 2017, pág. 78).

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, toses, incluso latidos del corazón, movimientos involuntarios, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un rato, pero su preocupación vuelve de nuevo (Higuera, 2010, pág. 1).

El objetivo que presenta el trastorno en las personas es exceso de inquietud al hecho de padecer alguna enfermedad crónica, ya sea por la autoeducación de las enfermedades sin necesidad de presenciar los síntomas reales, pero sí cualificando pequeñas presencias de síntomas en su cuerpo.

Es una enfermedad que debería detectarse en la atención primaria. Posiblemente las personas con hipocondría visiten a numerosos especialistas y sean reacios a consultar a un psiquiatra. Es necesario que los médicos tengan conocimiento acerca de la existencia de esta enfermedad, así como de las modalidades efectivas de psicoterapia (Mayorga Ortiz, 2012, pág. 48).

TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Se caracteriza por preocupación por tener o llegar a tener una enfermedad grave en base a una interpretación inadecuada que hace el propio paciente de un síntoma que padece; la preocupación persiste a pesar de haber habido una evaluación médica adecuada y una explicación tranquilizadora por parte del médico; el miedo/ansiedad y/o las conductas para reasegurarse comportan una limitación clara y mantenida en el funcionamiento diario de la persona (Victor, 2014, pág. 5).

El hipocondriaco a pesar del diagnóstico o historia médica presentada por profesionales no compensa su pensamiento de mostrar alguna enfermedad estudiada por él mismo; se debe a que el individuo tiene acceso a mucha información en su entorno, las cuales a través de su vida cotidiana refuerza la enfermedad.

(Chávez-León, 2012) afirma. “La hipocondría, en comparación con otros trastornos incluidos bajo la denominación clínica general de síntomas médicos inexplicables, tiene un pronóstico menos favorable, pues se ha observado que sólo se recupera entre 30% a 50% de los pacientes hipocondriacos” (p.32).

Una vez diagnosticado, una persona con trastorno hipocondriaco el profesional debe seguir rigurosas técnicas, y presentar psicoeducación al sujeto, ya que la probabilidad de que el individuo se recupere es media, con la ayuda y completa participación de la persona pareciente puede lograr a completar un mejor rendimiento.

Ahora bien, podemos decir que el trastorno de la hipocondría está basado en el temor o el creer que se padece una enfermedad grave basada en la interpretación negativa de los signos y síntomas corporales. Después de una evaluación exhaustiva, la confirmación por parte de un médico de que el paciente no tiene una condición médica no resulta en una tranquilidad segura y duradera.

Generalmente, las personas con hipocondría pueden experimentar una reducción de la ansiedad después de una visita al médico, pero esta reducción dura solo horas o días. Cuando se presenta otro síntoma, reaparece la ansiedad y se reanuda el ciclo de preocupación hipocondríaca.

Además, la hipocondría puede manifestarse de diferentes formas. Algunos pacientes tienen numerosos pensamientos y sensaciones intrusivas durante el día que los llevan a consultar a familiares, amigos, Internet, o diferentes especialistas médicos para asegurarse de que no estén gravemente enfermos o para identificar el curso de la enfermedad. Otros pacientes, en cambio, evitan a los profesionales sanitarios y cualquier referencia a la enfermedad en su vida diaria, para que no aumente la ansiedad que buscan reprimir.

La hipocondría también se ha conceptualizado en modelos cognitivos como una forma extrema de ansiedad por la salud. Las propuestas cognitivo-conductuales de la hipocondría y la ansiedad por la salud y las investigaciones recientes sobre este trastorno han sugerido diferentes variables cognitivas como posibles factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento del problema. Incluyen pensamientos intrusivos sobre posibles peligros para la salud (enfermedades-TI), las valoraciones / interpretaciones disfuncionales y creencias asociadas con estos pensamientos y suposiciones o creencias disfuncionales sobre la salud / enfermedad. Si bien estas variables han sido señaladas en la literatura como factores de vulnerabilidad para la hipocondría y la ansiedad por la salud, apenas existen estudios que analicen su papel en la génesis y desarrollo del trastorno, y los resultados obtenidos tampoco son del todo concluyentes (Arnáez, 2019, pág. 1).

FACTORES DE RIESGO

(Dumoy, 2014) refiere. “Están localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente, pero cuando se interrelacionan aumentan sus efectos aislados; la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición y las enfermedades intercurrentes inciden en el bajo peso al nacer” (p.2).

Se presenta en personas de situaciones diferentes ya sean estas económicas, sociales, o psicológicas, si precede más de un aspecto llega a incurrir en mayor impacto

(Dumoy, 2014) asegura. “Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte); un primer embarazo, alta paridad, embarazo en edad reproductiva precoz o tardía, abortos previos y desnutrición”.

Un Factor de Riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características

se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (Dumoy, 2014, pág. 2).

Los individuos que llegan a padecer ya sean de enfermedades físicas o psicológicas están ligadas a seguir riesgos ya sean acompañadas o exhibidas.

Puede ser específico para uno o varios daños (el alcoholismo es causa frecuente de accidentes del tránsito, arrestos policiales, suicidio y disfunción familiar), y a la vez varios Factores de Riesgo pueden incidir para un mismo daño (la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar y la hiperlipidemia contribuyen a la aparición de Cardiopatía Isquémica) (Dumoy, 2014, pág. 3).

Compensa a los hábitos que posee el sujeto, y su capacidad de ser influyentes, estén presentes de forma positiva o negativa.

Según nuestros autores existen varios factores de riesgo en la vida, pero en el que nos concentraremos es en el riesgo de salud como lo dice Dumoy, ya que este puede llegar a afectar a la persona en sí, ya que por lo que padecen, en este caso (los hipocondriacos) pueden llegar a lastimarse también físicamente, es por esto que es necesaria la atención inmediata y tratamientos psicológicos, también en ciertos casos llegan a afectar a su familia y amigos cercanos.

FACTORES PSICOSOCIALES

(Moreira, 2016) refiere. “Cuando un factor psicosocial está bien, puede beneficiar a la persona, si el medio que te rodea es bueno, te encuentras mejor en el trabajo, mejora la salud, la autoestima, las relaciones personales y la independencia económica”.

Estos factores influyen en gran medida al individuo, por eso el sujeto dependerá de sus emociones expuestas.

Los factores psicosociales también pueden verse evidenciados en las tareas diarias estudiantiles que se asimilan como las labores comprendidas de una organización de aprendizaje. El adaptarse al círculo social, el ser aceptado, tener rendimiento en los trabajos, y demás hacen universitarios tenga ideación suicida, y por supuesto está conectado con todos los ambientes, familiar, social, individual, la mala interacción entre estas esferas y falta de oportunidades en los estudiantes genera pobreza, violencia, discriminación, y hasta el consumo de drogas ilegales (Carvajal, 2012, pág. 33).

FACTORES PSICODINÁMICOS

Expone que los factores intrapsicológicos son responsables de la hipocondría. Estos factores se reflejan en las primeras teorías de Freud acerca de relaciones problemáticas o de preocupaciones intensas con el “yo”, que el individuo expresa a través de la hipocondría como un mecanismo de defensa contra la culpa (Mayorga Ortiz, 2012, pág. 47).

TEORÍA DE APRENDIZAJE

Un paciente aprende sobre el rol de la enfermedad y el reforzamiento de la misma a través del contacto social o por alguna necesidad de gratificación. Los pacientes con hipocondría creen que tener buena salud significa no tener ningún síntoma, y consideran la presencia de síntomas como indicativo de enfermedad. El papel de enfermo se convierte entonces en un medio de recepción de cuidado de los demás (Mayorga Ortiz, 2012, pág. 48).

Este es también uno de los factores más importantes que debemos tener en cuenta como futuros profesionales, como dice Mayorga el paciente puede aprender a sobrellevar el trastorno ya sea con contactos sociales o por alguna necesidad, si logramos hacer que un paciente con hipocondría se sienta sano entonces para él sería más fácil y podría llegar a sentir que no tiene ninguna enfermedad, y así se podría ir trabajando, hasta obtener óptimos resultados.

SÍNTOMAS

Los síntomas que el paciente percibe suelen ser sensaciones corporales normales, percepción aumentada del funcionamiento fisiológico (respiración, latidos cardíacos, etcétera), o reactivos a su estado emocional. Junto a esta forma primaria de hipocondría, con mucha frecuencia, el paciente presenta rasgos y características de otras patologías psiquiátricas como la ansiedad, la depresión, las somatizaciones, los trastornos obsesivo-compulsivos, etcétera. Las personas que son diagnosticadas con este problema, los síntomas suelen ser recurrentes y por consiguiente notorios (Marín Carmona, 2014).

El paciente encuentra un alivio momentáneo y transitorio ante resultados médicos normales, pero rápidamente continúa su peregrinar de consulta en consulta buscando un diagnóstico médico que confirme sus temores. Dependiendo de los resultados que se obtengan con el trabajo multidisciplinario, el sujeto puede o no sentirse cómodo con aquello, caso contrario el individuo presentará incomodidad e inconformidad (Marín Carmona, 2014).

TEMOR

El temor y la sospecha de estar enfermo conduce a la persona a realizar continuas autoexploraciones de su cuerpo al acecho de un mínimo cambio que sugiera que algo no marcha bien: el espejo se convierte en su aliado para estudiar su rostro o su piel, las palpaciones en busca de bultos pueden ser incorporadas a la rutina habitual (Fernández Guerrero, 2018)

Se centra en el presente: el individuo ya padece la supuesta enfermedad en la actualidad, aunque no se haya descubierto aún. Este matiz establece la diferencia con la nosofobia (fobia a la enfermedad), en la que el temor surge ante la posibilidad de padecer una enfermedad en el futuro (Fernández Guerrero, 2018).

Las intranquilidades por la salud y por las situaciones que la intimidan conforman características básicas de la condición humana y tienen un indudable valor adaptativo de supervivencia.

La heterogeneidad en relación a la intensidad y lo razonable de estas intranquilidades y creencias sobre la salud y la patología, se refleja en una extensa selección de opciones, en cuyo radical podemos encontrar personas que se encargan de su salud de forma desmedida, se inquietan por todo lo que les pasa en su cuerpo, tienden a apreciar alguna sensación o cambio físico, por inofensivo que sea, de modo negativo, lo interpretan como fuente de riesgo y amenaza, y actúan consecuentemente incrementando la supervisión corporal, la autoexploración y las solicitudes de pruebas diagnósticas y controles médicos que logren permitirle contrarrestar la (potencial patología).

Esta descripción alude clínicamente a eso que se conoce como hipocondría, un trastorno que constituye un inconveniente de primer orden en el contexto de la Salud Pública.

VIDA COTIDIANA

El alto nivel de preocupación y de ansiedad ocupa un lugar destacado en la vida cotidiana de la persona, afectando a la misma, ya que entre otras cosas será el tema frecuente del discurso social, lo que puede llevar a pérdidas en relaciones sociales, frustración, tensiones, etc. Los individuos que están sujetos a este trastorno, se desvinculan con su entorno, llevándolos a iniciar una presunta fobia social, lo cual el especialista es quien determina en qué grado se desarrolla dicho problema (RODRIGO MUÑOZ, 2016).

(RODRIGO MUÑOZ, 2016) En una persona hipocondríaca también puede ocurrir todo lo contrario, y es que se eviten de forma desadaptativa determinadas situaciones como visitar enfermos, hacer ejercicio o ir al hospital, por miedo a poner en peligro su salud, lo que afectará también significativamente a su vida diaria.

Permite que la persona que sobrelleva este problema, impida tener contacto físico o emocional con su conglomerado, es allí donde el profesional emite sus técnicas y su trabajo hacia ellos.

Como podemos observar nuestro autor Rodrigo Muñoz, asegura que una persona que padece este tipo de trastorno, puede llegar a prácticamente desaparecer de la sociedad, su vida diaria se ve afectada por el hecho de que sus niveles de estrés, miedo y ansiedad son intensos, lo cual no les permite relacionarse con su entorno.

Convirtiéndose en un problema más grave aún, por el motivo de no relación lo cual los puede llevar a tomar decisiones fatales por el hecho de no tener algún tipo de comunicación con la sociedad exterior. Pudiendo llegar a convertirse en depresión otro problema más a su vida.

El análisis fenomenológico del hipocondríaco revela en él un método de vida anómalo que adopta cuando enfrenta a la gran angustia universal hacia la muerte, hay algo, bien congénito o adquirido, psíquico o somático, permanente o temporal que altere su vitalidad. Entonces si es incapaz por otros métodos de manejar esta angustia, adopta un modo anómalo de existir, que tiene elementos negativos (un existir morboso) y positivo: (buscar el equilibrio, aliviar su realidad), lo hace entonces a través de los mecanismos utilizados en la hipocondriasis.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas que se utilizaron para el proyecto de investigación fueron las pruebas psicométricas, recolección de datos a través de la observación y como herramienta la historia clínica, la observación, ficha de acogida, entrevista y diferentes técnicas-dinámicas. Los mismos detallados a continuación:

HISTORIA CLÍNICA

Mediante esta herramienta se obtuvo toda la información requerida de forma ordenada, brindada por el paciente, con la colaboración de sus familiares; destacando puntos esenciales sobre el tema-problema, siendo de gran aporte para la evolución y situación actual del problema, la historia familiar y personal, la anamnesis psicológica y lo que respecta el cuadro psicopatológico dando a conocer los síntomas para describir su trastorno y una vez recogida toda esta información, se logrará una orientación para el tratamiento.

OBSERVACIÓN

Esta herramienta permitió destacar la coincidencia entre los relatos descritos por el paciente (estudiando su conducta y comportamiento) al momento de las sesiones, permitiéndome resaltar hechos coincidentes y hechos irreales del individuo. Se utilizó la observación estructurada pretendiendo probar una hipótesis ya planteada por la psicóloga.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Esta prueba psicométrica permitió evaluar en que grado el paciente presenta ansiedad, y cuáles son sus factores de riesgo; mediante 14 ítems se valora aspectos mentales, físicos y conductuales de la ansiedad. Haciendo énfasis que un ítem permite la evaluación del ánimo deprimido del individuo.

TECNICA DE ROLE-PLAYING

Esta técnica se utilizó en una sesión familiar, la cual asistió sólo el papá; con esta técnica se pudo observar y anotar los pensamientos que tenían el uno del otro, a través de la representación de una situación ocurrida en casa. Permitiendo al personal profesional anotar aspectos importantes destacados en esta técnica. También cabe resaltar que esta técnica ayuda

a conocer las actitudes que el paciente manifiesta ante diferentes situaciones, además cómo influyen en el trabajo y la vida diaria del sujeto, para analizar determinadas tensiones que surgen en el proceso familiar, para ordenar favorablemente la tolerancia al estrés.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Herramienta que se permitió aplicar antes de la primera sesión, para iniciar con un rapport, anotar datos fuera de la HC y aplicada tanto al paciente como a su familiar. A través de esta entrevista surgió una flexibilidad entre entrevistado y entrevistador.

FICHA DE ACOGIDA

Permitió recoger información inicial a la historia clínica como el motivo de consulta, y por qué accedió a la consulta, también se aprobó la siguiente consulta, el lugar y la disponibilidad del paciente y el profesional.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Esta prueba psicométrica permitió medir cuatro afirmaciones, en los cuales cada uno reflejan la ausencia o presencia en distintos niveles de intensidad de una variedad de síntomas depresivos en el paciente.

TECNICA DE RELAJACIÓN - PASIVA

Esta técnica está basada en dar instrucciones verbales al paciente; percibir las partes de su cuerpo nombrándolas y esto conllevó a que el paciente vaya relajando cada grupo muscular de manera paulatina.

RESULTADOS OBTENIDOS

En el presente proyecto de investigación se presenta los resultados alcanzados en el punto de salud El Buen Samaritano, en la ciudad de Marcelino Maridueña de la provincia del Guayas, con el paciente de 29 años de edad de nombre Joaquín U., llegando con su padre al centro de salud solicitando asistencia psicológica, la cual se inició a través de teleasistencia que se está brindando en el centro de salud por razón de la emergencia sanitaria que atraviesa el país. Enunciando que tiene dificultades para relacionarse con los demás, insomnio, falta de apetito y un ligero temor a enfermarse por salir de casa, presentar taquicardia, falta de oxígeno a su cuerpo y temblores corporales.

El proceso de asesoría y orientación se lo llevó a cabo en 5 sesiones, la primera sesión en una semana, y las otras dos sesiones por semana con una duración de 45 minutos cada sesión, donde incluyen entrevistas, aplicación de baterías psicométricas y técnicas cognitivas-conductuales, se dio apertura de sesión el jueves, 28/01/2021.

PRIMERA SESIÓN - 28/01/2021: HORA 10:00 – 10:45 AM

El paciente solicitó la atención presencial, pero por motivo de la emergencia sanitaria se le brindó a través de teleasistencia, en el cuál mencionó lo siguiente hace algún tiempo atrás presenta síntomas de enfermedad cardiaca, falta de respiración, insomnio, se realizó varios exámenes los cuales arrojaron resultados favorables a su salud, manifiesta que tiene miedo de contraer alguna enfermedad, por ese motivo no ha salido de su casa, y no trabaja.

Después de un tiempo visitó otros doctores, los cuales también no le encontraron nada, pero el acota que se sentía mal, y no dejaba que las personas lo tocaran. Sus padres al ver la reacción de su hijo, lo llevaron al psiquiatra para una valoración, el cual le diagnosticó ansiedad, recetando medicinas para ello. El paciente aceptó que no tomaba las medicinas. Luego relató que una tía de ella se había muerto con todos los síntomas que el paciente presenta, y por ese motivo él presenta un miedo intenso a salir de su casa, o mantener contacto físico con alguien.

SEGUNDA SESIÓN – 02/02/2021: HORA 9:00 – 9:45 AM

En esta sesión realizada por teleasistencia, se dio seguimiento a las causas de la sintomatología manifestado por el paciente, también se provino a la aplicación de pruebas psicométricas y entrevistas tanto al paciente como a la familia con el fin de discernir de forma eficaz las causas, signos, tiempo de evolución, etc., teniendo como objetivo la elaboración de

un plan terapéutico.

TERCERA SESIÓN – 04/02/2021: HORA 11:00 – 11:45 AM

Al hacer contacto con el paciente para proceder a la sesión se pudo observar que estaba incómodo y por consiguiente presentaba notables movimientos en su cabeza y sus manos e incluso tuvo que levantarse y caminar; con estos hechos se aplicó la técnica de relajación – pasiva, la cual ayudó mucho al paciente, una vez relajado el paciente se procedió a realizar la sesión, luego se aplicó la técnica de Role-Playing entre el papá y el paciente.

CUARTA SESIÓN – 09/02/2021: HORA 10:00 – 10:45 AM

Se logró manifestar pensamientos automáticos, por lo cual se trabajó con Terapia Cognitiva Conductual; dentro de ello se notó irritabilidad, temor, frustración aplicando técnicas de relajación.

A continuación, se describe los síntomas por área:

- Síntomas Cognitivos: Dificultad para concentrarse.
- Síntomas Afectivos: Sentimientos de desesperanza, indefensión, inutilidad
- Síntomas Conductuales: Pérdida de interés o placer en las actividades, aislado.
- Síntomas Somáticos: Insomnio, Cambio súbito en el apetito, Fatiga.

QUINTA SESIÓN – 12/02/2021: HORA 12:00 – 12:45 AM

Debido a los problemas presentados en su entorno social y familiar se procedió a reducir los factores de ansiedad los cuales se encontraban debido a estímulos precipitantes. Una vez detectado las causas de aquellos factores, se procedió a trabajar en la búsqueda del estado emocional del paciente.

Observación Estructurada, a través de esta técnica se pudo constatar que el paciente presenta problemas para socializar, momentos de actividad familiar por tiempo corto, ya que empieza a generar pensamientos de enfermedad, de fatiga, falta de oxígeno; optando al aislamiento en su habitación, lo cual presenta inconveniente con su entorno familiar, creando como resultado; vergüenza, baja autoestima, temor, sentimientos de culpa, irritabilidad, siendo estos no tratados a tiempo puede generar que el paciente realiza hechos lamentables como el suicidio, dependencia de fármacos.

En el proceso de la aplicación de la entrevista el paciente se mostró apático y nervioso,

ya que comentaba que era su primera entrevista a través de un medio virtual adjuntando que debía escribir su sintomatología, desde los 25 años presentó ligera dependencia a los hospitales; hace dos años un familiar falleció con el mismo trastorno del paciente, el cual el presencié los síntomas, malestares, las condiciones que llevó al familiar al suicidio, desde ese momento el adquirió esos problemas “de salud”, dando paso a una gran preocupación por parte de sus padres; los cuales durante un tiempo prolongado visitaron algunos doctores y hospitales, cuando recibían resultados favorable de buena salud, el padre decidió llevarlo a psicólogos y psiquiatras, los cuales le recetaron fármacos que el paciente no tomaba ya que estaba “consciente” que no estaba enfermo, necesitaba de la atención absoluta de su familia. No ha causado daño físico en él ni sus familiares, su vida familiar y social se ha deteriorado por su conducta y pensamiento, manifestó que sus síntomas se dan en ciertos tiempos del día.

A través de los métodos aplicados al paciente se obtuvo información exacta desde la niñez hasta la actualidad de la dependencia que aún existe hacia los padres, no se ha evidenciado maltrato por parte de algún familiar hacia el paciente, existía un ligero apego entre el paciente y el familiar fallecido. Después de vivenciar esa muerte, despertó algunas emociones negativas en el paciente, cuenta que unos días después del fallecimiento de su familiar empezó a faltarle la respiración y a tener desmayos, y desde allí empezó a presentar todos los síntomas del familiar occiso, después de un tiempo conoció a alguien e incluso se iba a casar, pero no dejaba que lo tocara porque creía que le pasaría alguna enfermedad, entonces su pareja lo dejó, por consiguiente los amigos no podían hablarle de cerca porque “ellos están enfermos” y así continuaba alejándose de toda la sociedad por temor a enfermarse.

Las técnicas de relajación aplicadas al paciente fueron de utilidad para reducir los factores de ansiedad y temor que presentaba el paciente al inicio de las sesiones.

RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS

El test que se aplicó al paciente fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI) teniendo como resultado un nivel de depresión leve, esto se obtuvo de acuerdo a la puntuación de 14. En manifiesto a los síntomas observados en el paciente y con la ayuda de este test se puede describir que según el CIE-10 (F42.5) es Trastorno Hipocondriaco del grupo de trastorno de somatización.

La Escala de Ansiedad de Hamilton en la cual se obtuvo como resultado la ansiedad somática elevada con una puntuación de 27 y la ansiedad psíquica con una puntuación de 15. Gracias a la recolección de información y la aplicación de esta escala se logra concluir que según el CIE-10 (F42.5) es Trastorno Hipocondriaco del grupo de trastorno de somatización.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Una vez determinado el problema en el paciente como lo es el Trastorno Hipocondriaco incluido en el trastorno de somatización se puede establecer que si hay relación con la afección que presenta el paciente de 29 años de edad. Permitiendo elaborar y desarrollar un plan terapéutico.

Se tratará al paciente con este trastorno con asistencia psicológica incluyendo la Terapia Cognitivo Conductual desde la tercera sesión.

Se acota que el paciente tiene conocimiento de los signos que presenta y se muestra colaborador durante las sesiones, pero por la participación neutra de la familia el pronóstico es poco favorable.

MATRIZ ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Nº de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Sucesos vividos del paciente	Conocer el problema del paciente	Terapia Cognitiva Conductual	1	28-01-2021	Con esta técnica se obtuvieron resultados favorables, ya que se consiguió conocer el problema del paciente. El paciente logró identificar sus pensamientos.
Problemas que presenta al entrar en contacto con personas	Recopilación de hechos del paciente	Terapia Cognitiva Conductual	2	02-02-2021	Disminuir la activación psicofisiológica que aparece a través de varios factores.
Creencia irracional que genera su imagen negativa, y desvalorizada	Identificar y corregir patrones disfuncionales de pensamiento.	Terapia Cognitiva Conductual	3	04-02-2021	Trabajar en la modificación de las creencias irracionales que generan una autoimagen negativa.
Deambular por las calles al entrar a centros no	Aproximación sucesiva de 1 paciente a situaciones	Psicoeducación	4	09-02-2021	Trabajar diversas formas de acercamiento y conductas asertivas

saluda, ni mantiene conversación.	similares.				para desarrollar conductas de habilidades sociales
Finalizar el tratamiento	Hacer frente a los comportamientos de evitación	Exposición	5	12-02-2021	Controlar su conducta al relacionarse con los demás.

CONCLUSIONES

Existen diversas correlaciones relacionadas al estado de ánimo, la ansiedad e incluso con la fisiología de la persona, y estos han incurrido en el concepto correspondiente a la hipocondría, resaltando el diagnóstico el cual depende de diferentes aspectos. Actualmente este trastorno está incluido en los trastornos somatomorfos, con el fin de asemejar a la ansiedad con la hipocondría, generando debate al respecto. De acuerdo a la conceptualización que se ha obtenido de este trastorno, enfatizan como principal síntoma la exagerada preocupación y ansiedad por la salud del individuo; también incluyen lo que corresponde a fenómenos como la fobia a alguna enfermedad, también el trastorno de pánico y por último el trastorno obsesivo-compulsivo.

Algunos factores que están incluidos a la hipocondría, también se los puede encontrar en la ansiedad, sin embargo, lo que prevalecerá son los aspectos cognitivos a diferencia de los síntomas físicos que presente la persona. Según en la conceptualización del trastorno hipocondriaco con respecto al pánico, están estrechamente relacionados; este (pánico) también depende del otro trastorno (hipocondría) y viceversa. También se puede hacer referencia con TOC que tiene relación con la hipocondría, ya que los dos trastornos están sujetos con la obsesión, miedo a estar infectados, el temor a tocar personas o cosas, preocupación excesiva, constantes consultas médicas por su estado de salud, autoeducación de enfermedades que no padecen y diferentes conductas de reaseguramiento.

Asimismo, en mi proyecto de investigación también se presentan rasgos de personalidad obsesiva, la cual se puede incluir en ambos trastornos por su similitud. Actualmente esta investigación puede dirigir a diferentes perfiles clínicos del paciente con este trastorno como mecanismo fóbico y la convicción de enfermedad, la cual lleva a un mismo enfoque. Lo principal en esta investigación prima en las características clínicas de la persona para así guiarnos a alguna terapia con diferentes técnicas terapéuticas, con el fin de presentar una mejor respuesta al tratamiento planteado. Se ha mostrado eficacia con la terapia cognitiva, sugerida también terapia de exposición como tratamiento para el trastorno hipocondriaco.

El logro u objetivo que me propuse desde el inicio de la investigación, se fue cumpliendo de acuerdo a las sesiones expuestas, ya que el paciente siguió todas las medidas requeridas y solicitadas por el grupo multidisciplinario que aportó con el paciente.

En este tema el componente fóbico era la clave, ya que desde la fobia a tocar a las personas o que algún individuo lo toque, generaba la creencia de contraer enfermedades de transmisión, partiendo de aquello, las técnicas que se aplicaron resultan adecuadas, obteniendo resultados positivos. Sin embargo, es importante una investigación más profunda acerca de los perfiles para dar una mejor respuesta para todas las personas que padecen de hipocondría.

Hay personas con este trastorno que tienen conocimiento de aquello, y que siguen un riguroso tratamiento farmacológico, pero sin la asistencia psicológica aquellas personas se vuelven dependientes a un fármaco, por eso puedo sugerir que exista más información sobre este trastorno, incluyendo charlas específicas para estas personas, incluyendo a sus familias, ya que sin ellas no podrían completar las fases requeridas.

Finalmente, este estudio de investigación fortaleció conocimientos que se fueron adquiriendo en el transcurso de la práctica, como muchos profesionales al inicio de aquello el miedo y la ansiedad pudo apoderarse, pero cuando se inició con el rapport y la ayuda de los profesionales del centro de salud, se fue logrando objetivos primero como profesional luego como persona. Aunque todo se realizó a través de teleasistencia, con la correcta organización se pudo llevar a cabo las sesiones y las terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *psicopedia.org*. Obtenido de <https://psicopedia.org/6/que-es-un-trastorno-psicologico/>
- Caro, C. y. (2012). *Factores Psicosociales*. Obtenido de <file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-LosFactoresPsicosocialesYSuRelacionConLasEnfermeda-5771023.pdf>
- Chávez-León, E. (21 de marzo de 2012). *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp121a.pdf>
- Dumoy, J. S. (abril de 2014). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
- Fernández Guerrero, M. J. (02 de Mayo de 2018). *Intersiquis*. Obtenido de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=la-hipocondria-de-la-vida-cotidiana>
- Higuera, J. A. (mayo de 2010). *Psicoterapeutas*. Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/Pronto.html>
- Marín Carmona, J. M. (13 de abril de 2014). *SEGG*. Obtenido de <https://www.segg.es/ciudadania/2014/04/13/el-paciente-hipocondriaco-enfermo-imaginario>
- Mayorga Ortiz, D. J. (Junio de 2012). *Repositorio.Uta*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7156/1/Diego%20Javier%20Mayorga%20Ortiz.pdf>
- Moreira, E. (24 de septiembere de 2016). *Plena Inclusión*. Obtenido de <https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/11/Guia-sobre-Factores-Psicosociales-Entorno-Laboral.pdf>
- OMS. (27 de abril de 2006). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/38/es/>
- RODRIGO MUÑOZ, L. (16 de abril de 2016). *Psychology Clinic*. Obtenido de <https://www.compartemente.com/psicologia-clinica/hipocondria-la-preocupacion-constante/>
- Victor, N. (agosto de 2014). *InformaciónPsiquiatria*. Obtenido de <https://informacionpsiquiatria.com/introduccion-ansiedad#hay-diferentes-subtipos-de-trastornos-de-ansiedad>

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses) _____

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros) _____

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) _____

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Cuestionario de Conductas ante la Enfermedad (IBQ)
(Pilowsky y Spence, 1983)

Nombre:

Fecha:

1. ¿A menudo se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad grave?
SI NO
2. ¿Sufre de dolores y achaques diversos?
SI NO
3. ¿A menudo se da cuenta de distintas cosas que ocurren en su cuerpo?
SI NO
4. ¿Está muy preocupado por su salud?
SI NO
5. Con frecuencia tiene síntomas de enfermedades muy graves?
SI NO
6. ¿Si tiene noticia de alguna enfermedad (a través de la radio, la TV, los periódicos o de algún conocido) se preocupa por la posibilidad de padecerla?
SI NO
7. ¿Cuando está enfermo, se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto?
SI NO
8. ¿Se encuentra molesto por muchos síntomas diferentes?
SI NO
9. ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo y pensar en cualquier otra cosa?
SI NO
10. ¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?
SI NO
11. ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad?
SI NO
12. ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?
SI NO
13. ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?
SI NO
14. ¿Tiene miedo a la enfermedad?
SI NO

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones para el profesional Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cañeas de tensión, piloeracción (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa; manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exofalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica:	Ansiedad somática:	Puntuación total:
--------------------	--------------------	-------------------

Población diana: Población general. Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.