



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

**Trastorno somatomorfo en una mujer de 23 años, atendida en la consulta
externa del hospital de El Progreso**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mara Eunice Morales Estrada

Guatatoya, enero 2021

**Trastorno somatomorfo en una mujer de 23 años atendida en la consulta
externa del hospital de El Progreso**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mara Eunice Morales Estrada

Lic. Edi Román Urías Morales (Asesor)

M.A. Doris Cuéllar (Revisora)

Guastatoya, enero 2021

Autoridades Universidad Panamericana

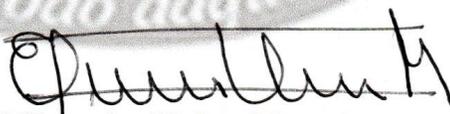
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de septiembre año 2019. -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: trastorno Somatomorfo en una mujer de 23 años, atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso. Presentada por el (la) estudiante Mara Eunice Morales Estrada, previo a optar al grado Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Edi Román Urías Morales
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre 2018.

*En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Trastorno somatomorfo en una mujer de 23 años atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso”**. Presentada por el (la) estudiante: **Mara Eunice Morales Estrada** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



MA. Doris Cuéllar
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero 2021. -----**

En virtud que el presente Informe de Sistematización con el tema: **"Trastorno somatomorfo en una mujer de 23 años atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso"**, presentado por el (la) estudiante: **Mara Eunice Morales Estrada**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



 1779

 upana.edu.gt

 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	4
1.4 Organización	4
1.5 Visión	6
1.6 Misión	6
1.7 Programas establecidos	6
1.8 Justificación de la investigación	6
Capítulo 2	7
Marco Teórico	7
2.1 Definición de trastorno somatomorfo hipocondría	7
2.3 Características diagnósticas	8
2.4 Síntomas y trastornos asociados	9
2.5 Síntomas dependientes de la cultura y el sexo	10
2.6 Prevalencia	11
2.7 Curso	12
2.8 Diagnóstico diferencial	13
2.9 Tratamiento	14
Capítulo 3	17
Marco Metodológico	17
3.1 Planteamiento del problema	17

3.1.1 Problemática del caso de estudio	17
3.2 Pregunta de investigación	18
3.3 Objetivo General	18
3.4 Objetivos específicos	19
3.5 Alcances y Límites	19
3.6 Metodología	20
3.6.1 Procedimiento	20
3.6.2 Descripción de pruebas	20
Capitulo 4	21
Presentacion de Resultados	21
4.1 Sistematización del estudio de caso	21
4.1.1 Motivo de consulta	21
4.1.2 Historia del problema actual	22
4.1.3 Historia Clínica	22
4.1.5 Examen del estado mental	24
4.1.6 Resultado de pruebas	25
4.1.7 Impresión diagnóstica	26
4.1.8 Recomendaciones	27
4.1.9 Plan terapéutico	27
4.1.10 Análisis de resultados	29
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Referencias	32
Anexos	33
Lista de imágenes	
Imagen 1 Croquis	4
Imagen 2 Organigrama Hospital el Progreso	5

Imagen 3 Genograma	22
--------------------	----

Lista de Cuadros

Cuadro 1 Examen Mental	23
Cuadro 2 Resultados de pruebas	24
Cuadro 3 Plan terapéutico	27
Cuadro 4 Análisis de resultados	28

Resumen

El siguiente trabajo tiene como objetivo investigar si la fémina de 23 años de edad, quien pertenece a la consulta externa del hospital de El Progreso, ubicado en el municipio de Guastatoya, tiene un Trastorno Somatomorfo Hipocondría, formó parte de la práctica supervisada de la carrera de psicología clínica y consejería social de la Universidad Panamericana año 2,017 con una duración de nueve meses; de la misma forma se expone en qué consiste el programa de tratamiento cognitivo-comportamental, para la hipocondría elaborado por Salkovskis y Warwick que pretende ayudar a pacientes con dicho problema.

En el Marco de Referencia, se presenta toda la información del lugar donde fue realizada la práctica profesional dirigida, como antecedentes, descripción, ubicación, organización, organigrama, visión, misión, programas establecidos y justificación de la investigación, lo cual ayudará a comprender mejor el caso que se presenta y desarrolla en los capítulos siguientes.

El capítulo 2, comprende los conceptos básicos y teorías que nos ayudarán a expresar y a sustentar la investigación, con el propósito de comprender las ideas básicas recopiladas de varios autores, para tener una visión más amplia del tema que se está presentando.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, se presenta el planteamiento del problema, lo que motiva a realizar la investigación, como también se describen los objetivos, tanto general como específico, los alcances y límites y la metodología (como se llevó a cabo la investigación en los estudios de casos).

Y al final, se estará dando a conocer la sistematización de estudio de caso, análisis de resultados, que nos ayudará a describir los datos más importantes, acá se conocerá si los objetivos fueron alcanzados, así como también los obstáculos, limitaciones y deficiencias que tuvo la investigación y de existir nuevas alternativas de abordaje.

Introducción

El trastorno somatomorfo hipocondría se caracteriza por síntomas reales que vive el paciente, dichos síntomas son experimentados por ejemplo, al tener contacto con una persona que padece una enfermedad terminal, o por lo contrario vio en los noticieros acerca de alguna enfermedad descubierta o cualquier otra cosa relacionada que amenace o la integridad física, el individuo está constantemente pensando en lo antes ocurrido y empieza a experimentar los mismos síntomas. Los pacientes que padecen este trastorno, son personas que han visitado una cantidad de médicos considerable buscando una respuesta o un diagnóstico.

El síntoma más característico es el dolor, el individuo tiene la convicción de que padece una enfermedad y que los médicos no le dan una solución, es un trastorno que afecta a todos aquellos con los cuales el paciente tiene contacto, por ejemplo familiares, amigos y es tan serio que afecta el desenvolvimiento en áreas de trabajo, siendo totalmente disfuncionales y excluidos de actividades.

El profesional de la salud al tener como paciente a una persona con síntomas reales pero no justificados por una enfermedad física, se desespera, y no saben cómo darle solución, de esta manera les prescribe tratamientos donde tienen la sensación de que el paciente se resiste a los mismos.

El paciente se frustra porque está convencido que no están atacando la enfermedad, por esa razón buscan otra opinión médica lo cual conlleva a un círculo vicioso. Afortunadamente si hay solución, los profesionales de la salud mental se encargarán de tratar este trastorno por medio de terapias psicológicas y farmacológicas si fuese necesario.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La práctica supervisada se llevó a cabo en la consulta externa del hospital de El Progreso ubicado en el barrio Minerva del municipio de Guastatoya departamento de El Progreso, como supervisora de practica la Licenciada Anna Gabriela Martínez de Barahona quien junto al director del hospital José Benedicto Luna aprobaron que se realizara este ejercicio profesional, asignando pacientes que pertenecen a la consulta externa, con el objetivo de que toda aquella persona que necesitara ayuda psicológica fuera atendido apropiadamente.

La fémina de 23 años de edad, se presentó a la consulta externa del hospital de El Progreso, buscando ayuda psicológica, los síntomas que presentó son los siguientes: palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, malestar torácico, molestias abdominales, miedo a perder el control, miedo a morir, sofocaciones, ella cree tener una enfermedad cardíaca.

La fémina es la mayor, tiene una hermana de 6 años, hijas de una madre soltera según lo que expresa, en la familia se encuentra antecedentes de familiares que han presentado síntomas ansiosos, a los cuales han medicado; a los veinte años decidió vivir con el que es hoy en día el esposo, tiene una hija de año y medio, anteriormente la residencia era en la ciudad capital, a unas casas de la domicilio de la madre del esposo.

La paciente relata que el problema que está presentando empezó el día que el esposo decidió ir con sus amigos a la playa, viaje que duro tres días, dejando a cargo de la paciente a la madre que ya desde unos días atrás se había sentido mal de salud, cuando la fémina estaba cuidando de la suegra, se dio cuenta que la madre del esposo tenía una apariencia pálida, la paciente empezó a tratar de localizarlo para contarle, pero él nunca respondió, la suegra empezó a quejarse de dolor en el pecho y brazo, luego dejó de hablar, situación que a la fémina asusto, se la llevo

inmediatamente al hospital, pero los profesionales de la salud no pudieron hacer nada, la suegra falleció.

Desde ese día la paciente empezó a experimentar todos los síntomas antes descritos, hasta el punto que ella cree que morirá de la misma manera que la suegra, decidió vivir en Guastatoya en la residencia de la madre, porque en la ciudad capital en la casa de habitación no tiene compañía y se siente muy sola, tiene temor de que le pase lo mismo que a la suegra y no exista nadie que la auxilie.

1.2 Descripción

Hospital De El Progreso. Dentro de la jurisdicción de la cabecera departamental de El Progreso, se encuentra el Hospital de El Progreso, el cual fue construido con la finalidad de cubrir las necesidades de la población, ya que anteriormente se utilizaban los servicios de los hospitales más cercanos como el Hospital Regional de Zacapa, o algún hospital nacional de Guatemala.

El Hospital de El Progreso fundado el 02 de agosto de 1,982 con el nombre de Hospital Nacional, Guastatoya El Progreso, durante el gobierno del Presidente Romeo Lucas García, Ministro de Salud Pública el Doctor Adolfo Castañeda Feliche; siendo el gobernador departamental coronel Porfirio Gudiel Merlos. El primer Director del Hospital fue el Doctor Sergio Leopoldo Sazo Palma.

Actualmente el Director Ejecutivo del Hospital De El Progreso es el Dr. José Benedicto Luna Oliva, Médico y Cirujano y Gerente Administrativo Financiero Licda. Alma Sucel Cordón Matta, Administradora de Empresas. Según Acuerdo Ministerial No. 6-2016, emitido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el hospital se denomina en la actualidad Hospital De El Progreso.

Es importante mencionar que el Hospital de El Progreso, se ubica en el corredor de la ruta al atlántico, sobre el kilómetro 75, jurisdicción de la cabecera departamental, situándose los hospitales más próximos al departamento de Zacapa (km. 148) y en la ciudad capital, convirtiéndose en un punto estratégico en casos emergentes que suceden frecuentemente sobre la ruta al atlántico.

Además, con atención extramuros con proyección comunitaria en saneamiento básico, inmunizaciones, mejoramiento de condiciones de vivienda, etc. Cuenta actualmente con un centro de Salud ubicado dentro de las instalaciones del Hospital, el cual coordina cuatro puestos de Salud en las comunidades de El Naranjo, El Obraje, Subinal y Santa Rita.

Las comunidades cuentan con agua potable supervisadas mensualmente por los Inspectores de Saneamiento Ambiental, para control de enfermedades prevenibles. Cuenta con 37 ambientes, identificado, entre los que se mencionan: área asistencial, medicina de hombres, medicina de mujeres, cirugía, traumatología, pediatría, observación, consulta externa, quirófano, central de equipos, rayos x, laboratorios clínico, farmacia interna, centro de recuperación nutricional, anestesia, entre otros.

El Hospital De El Progreso, ejerce dos funciones: a nivel preventivo, prestando atención a través del centro de salud del distrito uno, conformado por el hospital y servicios a través de consulta externa y a nivel curativo, emergencia, encamamiento, consulta externa y sala de operaciones.

Especialidades médicas, se cuenta con profesionales en las siguientes especialidades: anestesia, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía y traumatología. Servicios especiales: laboratorio clínico, ultrasonido obstétrico, banco de Sangre, rayos x, fisioterapia y nutrición.

1.3 Ubicación

El ejercicio profesional se llevó a cabo en el hospital El Progreso, ubicado en el barrio Minerva del municipio de Guastatoya en el departamento de El Progreso.

Imagen No. 1

Croquis

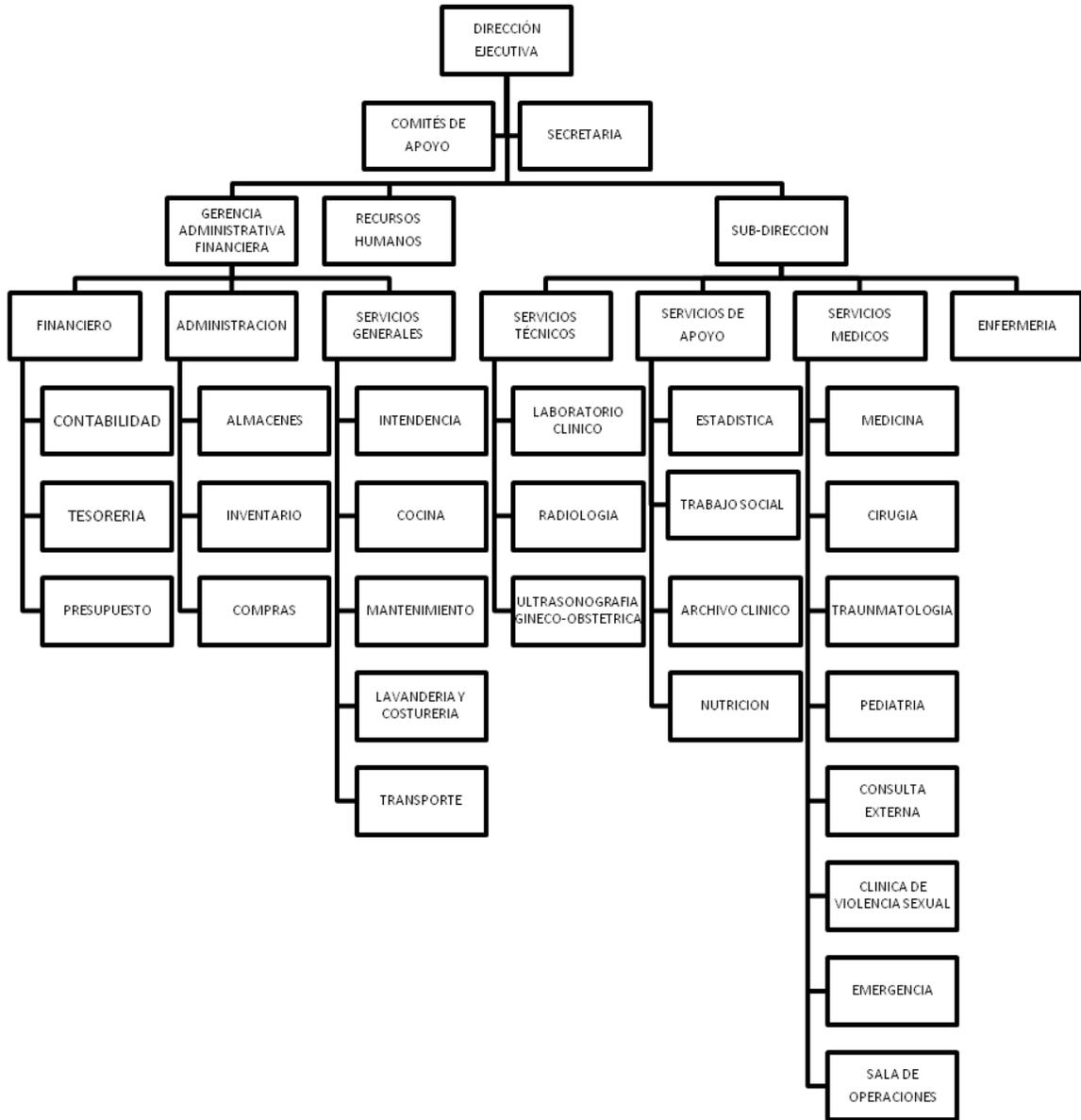


Fuente: Hospital de El Progreso

1.4 Organización

El Hospital El Progreso cuenta con 37 ambientes, identificados de la siguiente manera: área asistencial, medicina de hombres, medicina de mujeres, cirugía, traumatología, pediatría, observación, consulta externa, quirófano, central de equipos, rayos x, laboratorio clínico, farmacia interna, centro de recuperación nutricional, anestesia, emergencia, trabajo social, entre otros servicios.

Imagen No. 2
Organigrama Hospital El Progreso



Fuente: Hospital El Progreso

1.5 Visión

Orientar sus intervenciones hacia la conformación de un verdadero sistema integrado de los diferentes servicios con que cuenta, está la prevención, curación, rehabilitación y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles con atención de calidad, eficiencia y profesionalismo para todos los pacientes que demanden el servicio.

1.6 Misión

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los habitantes de nuestra comunidad. Coordinar entre los diferentes niveles de atención las intervenciones pertinentes para mantener la prestación de los servicios con calidad con el fin de prevenir, curar rehabilitar y controlar la morbimortalidad. Manejando los recursos con la eficiencia, eficacia y transparencia en cada uno de los departamentos y servicios de producción hospitalaria.

1.7 Programas establecidos

Clínica de atención al menor por violencia sexual, explotación y trata de personas.

1.8 Justificación de la investigación

El ejercicio profesional se realiza como requisito de graduación de la carrera de psicología clínica y consejería social de la Universidad Panamericana, los estudiantes que pertenecen al quinto año realizaron este ejercicio en distintas instituciones, de los cuales tres realizaron sus prácticas en el Hospital de El Progreso.

Capítulo 2

Marco Teórico

En este capítulo se presentarán las principales definiciones o conceptos del Trastorno Somatomorfo Hipocondría que ayudarán a comprender en que consiste, tomando en cuenta bibliografía de varios autores, lo cual auxiliará a tener una visión más amplia del tema y su desarrollo.

2.1 Definición de trastorno somatomorfo hipocondría

A continuación se exponen los conceptos y definiciones, según varios autores, teniendo en cuenta que este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad medica pero que en realidad no se padece. Las quejas son múltiples por los pacientes, el síntoma más característico es el dolor.

Se puede destacar que “El término hipocondría se define como la afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso, con tristeza habitual”. (Roca Bennasar, 2010, p. 423)

Fernández Rodríguez y Rafael Fernández Martínez (2001) afirman

Tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 se clasifica la hipocondría entre los trastornos somatoformos. La característica central de este grupo de problemas es la presencia de síntomas físicos para los que las investigaciones médicas no encuentran una alteración orgánica que pueda explicarlos o, de haber afectación orgánica, la expresión sintomatología es groseramente excesiva para lo que cabría esperar de los hallazgos biomédicos. Dichos síntomas no son producidos intencionadamente o fingidos. Las molestias informadas por estos pacientes tienden a ser vagas, variables y generalizadas, siendo el dolor el síntoma más referido aunque también son muy habituales las quejas acerca del funcionamiento cardio-respiratorio e intestinal. (p. 407)

2.3 Características diagnósticas

Síntomas somáticos recurrentes, en clínica son muy significativos eso es si requiere atención médica. A continuación se detallan los criterios que según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales utiliza para diagnosticar un trastorno somatomorfo hipocondría, cumpliendo con esas especificaciones se podrá hacer un diagnóstico de este trastorno. También se estará incluyendo las características diagnósticas según el GLADP-VR (2012) y el CIE10 (1992).

El Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2005) dice

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 uno o más signos o síntomas somáticos (Criterio A). La exploración física no identifica enfermedad médica alguna que pueda explicar la preocupación del enfermo o los signos o síntomas que presenta (aunque puede existir una enfermedad médica concomitante). El miedo injustificado o la idea de padecer una enfermedad persisten a pesar de las explicaciones médicas (criterio B).

Sin embargo la creencia no es de tipo delirante (por ejemplo el individuo puede aceptar la posibilidad de que está exagerando la magnitud de la enfermedad o que esta no existe). La creencia no se circunscribe solo a una preocupación por la apariencia física (como ocurre en el trastorno dismórfico corporal) (Criterio C). La preocupación por los síntomas somáticos provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio D) y persiste durante al menos 6 meses (Criterio E). Esta preocupación no se explica mejor por trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, trastorno depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo (Criterio F). (p. 566)

GLADP-VR (2012) explica

Su característica esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por la propia apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormal y angustiante y habitualmente, enfoca la atención en solo uno o dos órganos o sistemas corporales. A menudo hay depresión o ansiedad marcadas, que pueden fundamentar diagnósticos adicionales. (p. 234)

Para diagnosticar el trastorno se debe de cumplir con ciertos criterios, criterios que los manuales de diagnóstico mencionados comparten, la preocupación constante o persistente de tener una enfermedad es la principal, a continuación se detallara los criterios del CIE 10.

CIE10 (1992) revela

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre solo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquel que el mismo destaca. (p. 205)

2.4 Síntomas y trastornos asociados

El paciente hipocondriaco está luchando constantemente con la idea persistente de que tiene una enfermedad grave, y asocia los síntomas con múltiples enfermedades, esto genera preocupación excesiva, y debe de tomarse en cuenta que a medida de que le preste atención a esos

pensamientos más enfermo se sentirá, el poder que puede ejercer la mente en este trastorno es primordial, el paciente le presta mucha atención al ambiente, a todo aquello que ocurre con respecto a enfermedades, de esa manera la mente está constantemente ocupada en detectar todo lo que importa en ese momento al individuo.

Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de trastornos mentales DSM-IV-TR (2005) describe los síntomas y los trastornos que se pueden asociar a dicho trastorno

Son frecuentes la presencia de peregrinaciones médicas (doctor shopping) y el deterioro de la relación médico-paciente, con frustración y enfado por ambas partes. Algunas veces estos enfermos creen que no reciben la atención apropiada y se resisten a ser enviados a centros de salud mental. Las exploraciones diagnósticas repetidas pueden provocar complicaciones, además de suponer un riesgo para el enfermo y un dispendio económico. Sin embargo, debido a que estos individuos presentan una historia de quejas múltiples sin base física clara, pueden ser sometidos a reconocimientos superficiales que pasen por alto la presencia de una enfermedad médica.

Las enfermedades graves, particularmente en la infancia, y los antecedentes de alguna enfermedad en miembros de la familia se asocian a la aparición de hipocondría. Se cree que las situaciones de estrés psicosocial, sobre todo la muerte de alguna persona cercana, pueden precipitar la aparición de este trastorno. Las personas con hipocondría a menudo presentan también otros trastornos mentales (especialmente trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos somatomorfos). (p. 567)

2.5 Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

En este apartado se tomará en cuenta lo que dice el Manual diagnóstico de trastornos mentales para observar la importancia que tiene conocer aspectos importantes que hacen que ciertas conductas sean normales las cuales no podrían diagnosticarse como un trastorno.

Para el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2005)

Aunque no sea lógica la preocupación por la enfermedad a pesar de las exploraciones médicas y de las explicaciones apropiadas, tal preocupación debe de valorarse siempre en

relación con el nivel cultural del enfermo. El diagnóstico de hipocondría debe de hacerse con mucho cuidado si las ideas del paciente sobre la enfermedad se ven reforzadas por curanderos que no están de acuerdo con las explicaciones y exploraciones médicas. Los hallazgos respecto a las diferencias que determinan edad y sexo en la prevalencia no son consistentes, pero el trastorno aparece a lo largo de toda la vida tanto de hombres como de mujeres. (p. 568)

2.6 Prevalencia

Es importante tomar en cuenta las estadísticas que a continuación se detallan para conocer en qué cantidad de personas se desarrolla este trastorno.

Roca Bennasar (2010) manifiesta la prevalencia de la siguiente manera

Los estudios sobre la hipocondría clásicos ya citados daban para este trastorno unas cifras de prevalencia relativamente bajas, que oscilaban en torno al 1% de la población que requería atención psiquiátrica, y señalaban que la prevalencia en la población en general era desconocida, pero probablemente mayor que en la población psiquiátrica, ya que gran parte de estos pacientes no consultan al psiquiatra y, sin embargo, si lo hacían con relativa frecuencia a otros médicos.

Datos más actuales sobre la hipocondría, cifran su prevalencia (6 meses) en torno al 4-6 % de la población en general, pero las cifras reales varían bastante en función de las definiciones que se manejen, y en particular si se “fusiona” o confunde con la dismorfobia (como hace la CIE-10), cuya prevalencia podía ser incluso mayor. (p. 427)

La hipocondría pertenece al trastorno somatomorfo y suele confundirse entre ellos y existe cierto margen de error a la hora de diagnosticarlo, se debe de ser muy preciso en diferenciar los síntomas, por tal razón es frecuente que la prevalencia varíe.

CIE-10 (1992) expone

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización). Muchos enfermos, en especial los que padecen de variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiátricos.

Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que lleve a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal. (p. 207)

2.7 Curso

Es de vital importancia conocer las edades, la frecuencia y el tiempo de duración de los periodos en que se desarrolle este trastorno, a continuación, se describirá lo que opina cada autor citado al respecto.

El Manual Estadístico y Diagnóstico DSM-IV-TR (2005) explica

La hipocondría puede iniciarse a cualquier edad; sin embargo, lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, con periodos de mayor o menor intensidad, aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente. El inicio agudo, la corta duración y levedad de los síntomas, la de enfermedad médica concomitante, la ausencia de trastornos mentales concomitantes y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronóstico. Debido a su cronicidad, algunos autores consideran que este trastorno posee características de rasgo, preocupación persistente, con quejas de tipo somático, centrada en síntomas físicos. (p. 568)

Los autores que se citan coinciden en el curso de la enfermedad, sin embargo no hay una edad específica como sucede en otros trastornos, se necesita un evento precipitante para que se desarrolle dicho trastorno.

Roca Bennasar (2010) sostiene: “La hipocondría suele comenzar en el adulto joven, siendo rara su aparición tardía, aunque en la ancianidad suelen aparecer manifestaciones hipocondriacas en relación con otros procesos frecuentes en esa edad, depresión, demencias, etc.” (p. 430)

CIE-10 (1992) afirma: “Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto en el transcurso de los síntomas como de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad.” (p. 204)

2.8 Diagnóstico diferencial

Se debe de tomar en cuenta que se debe de excluir otras enfermedades las cuales comparten síntomas y signos parecidos, acá se establece las diferencias entre una y otra enfermedad, hasta llegar a tener solo una opción, teniendo en cuenta los criterios antes mencionados.

Según el DSM-IV-TR (2005) lo expone así

A la hora de establecer el diagnóstico diferencial siempre ha de tenerse en cuenta la posible existencia de una enfermedad médica subyacente, por ejemplo, una enfermedad neurológica en su primera fase (ej., esclerosis múltiple o miastenia grave), enfermedades endocrinas (enfermedades tiroideas o paratiroideas), enfermedades que afectan múltiples sistemas corporales (p. ej., lupus eritematoso sistémico), y neoplasias ocultas.

A pesar de que la presencia de una enfermedad médica no descarta por completo la posibilidad de una hipocondría simultánea, las preocupaciones de tipo transitorio relacionadas con una enfermedad médica no pueden considerarse síntomas de hipocondría. Los síntomas somáticos (p. ej., dolor abdominal) son habituales en los niños y no deben diagnosticarse como hipocondría a no ser que el niño presente desde hace tiempo preocupación por tener una enfermedad grave. En la gente mayor es frecuente observar

miedo y preocupaciones por debilidad corporal. Sin embargo, el inicio de las preocupaciones por la salud la vejez obedece más a la realidad o a un trastorno del estado de ánimo que a la hipocondría. (p. 569)

El diagnóstico diferencial es de vital importancia para brindarle al paciente el tratamiento adecuado, existe una línea delgada entre un trastorno y otro por lo cual se deberá realizar el estudio de síntomas distintos entre ellos.

Roca Bennasar (2010) (2010) lo define como

Los manuales de diagnósticos más usados, proponen realizar el diagnóstico diferencial de la hipocondría con los siguientes trastornos: trastorno de enfermedades médicas, trastorno de somatización, trastornos depresivos, trastornos de ideas delirantes, trastornos de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal y nosofobia. Debe de descartarse la existencia de una enfermedad médica subyacente, por lo que incluso el paciente reconocidamente hipocondriaco es obligado la realización de exploraciones cuando estén justificadas por la aparición de síntomas indicativos de una determinada enfermedad, ya que nada impide ser hipocondriaco y estar al mismo tiempo enfermo de otro trastorno médico. (p. 433)

2.9 Tratamiento

Roca Bennasar (2010) expone

Warwick y Salkovskis parten de las experiencias previas que ha tenido el sujeto con la enfermedad. Para estos autores la hipocondría comienza con una experiencia propia o de un familiar en la que los síntomas fueron confundidos, o bien existió un error médico, o bien se ha educado al sujeto en la creencia de que cualquier cambio corporal implica un mal funcionamiento del organismo. A partir de esto, el sujeto empieza a crear interpretaciones erróneas o supuestos disfuncionales acerca de sus sensaciones corporales.

Es necesario un suceso crítico (muerte de un familiar, enfermedad grave de un amigo, etc.) para que esos supuestos disfuncionales se activen, lo que lleva a la aparición de

pensamientos y/o imágenes automáticas negativas acerca de la propia salud. Siguiendo la teoría de Beck, Warwick y Salkovskis plantean que son precisamente los pensamientos negativos los creadores de ansiedad que, en este caso, se centra en la salud, originando la aparición de la hipocondría. El sujeto realiza una serie de maniobras para recuperar su estado de salud. Esas maniobras son de tipo comportamental (evitación, manipulación, “ir de médicos”, auto inspección, etc.), y somático (aumento de activación, cambios corporales varios, alteraciones en las conductas alimentarias o en el sueño, etc.). (p. 146)

Se conocerá a continuación lo que Roca Bennasar considera importante para tratar el trastorno, se incluirá un modelo que los profesionales de la salud mental, que supone sea efectivo para que el paciente se pueda incorporar de nuevo a la sociedad y sea funcional.

Roca Bennasar (2010) expone

Hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que la hipocondría no tenía tratamiento específico. Incluso hoy en día, la única evidencia que hay sobre la eficacia de ciertos fármacos es de casos aislados, series de casos o estudios abiertos. Pese a ello, los datos encontrados en la bibliografía son altamente esperanzadores respecto a la eficacia de los antidepresivos con acción serotoninérgica, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), clomipramina, venlafaxina, mirtazapina, etc. El tratamiento de aquellos cuadros en los cuales hay poca conciencia de enfermedad puede requerir, además, la asociación de anti-psicóticos clásicos (haloperidol, pimocida, etc.), o atípicos (olanzapina, quetiapina, etc.). (p. 436)

El tratamiento para este trastorno según los expertos se puede lograr si solo si el paciente acepta que no existe la enfermedad a la que tanto le teme como también perder el miedo a padecerla, se expondrá en seguida lo que el doctor José Antonio García dice al respecto.

García Higuera J. (2018) dice lo siguiente

Una vez que se detecta que un paciente es hipocondríaco y que accede al tratamiento. Se definen claramente con el paciente los objetivos de la terapia, que son que pierda la angustia y el miedo a la enfermedad que teme.

Para ello se plantean primero una serie de prohibiciones y tareas. Se le pide que no acuda a más médicos ni a las urgencias hospitalarias, que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, también para que entiendan que lo suyo no es cuento, que tiene un problema real aunque interpretado por todos como un problema que no existe. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho.

El tratamiento básico consiste en perder el miedo a estar enfermo, cuando se está sintiendo la sensación que se teme. A veces es el propio pensamiento de estar enfermo que genera un miedo y una angustia muy grandes, es quien genera la sensación que se teme y se interpreta como enfermedad. Esa angustia es una sensación desagradable e inexplicable que genera más miedo. De esta forma, la propia ansiedad asociada al pensamiento de estar enfermo se convierte en un disparador de los miedos a la enfermedad. Se establece así un círculo vicioso en el que el miedo a la enfermedad causa unas sensaciones que son a su vez interpretadas como enfermedad. Otras veces, al intentar eliminar la sensación temida se potencia. (p. 407)

Se debe de tomar en cuenta que juntamente con los fármacos el paciente deberá de tener acompañamiento psicológico, de esta manera el paciente tendrá conciencia de la enfermedad y obtendrá el apoyo emocional para superarla.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

A continuación, se describe lo que según el DSM-5 (2014) es la morbilidad de dicho trastorno, esto ayudará a tener una visión más amplia de cómo se presenta en comparación a otros trastornos.

Según el DSM-5 (2014) describe la comorbilidad del trastorno:

Debido a que el trastorno de ansiedad por enfermedad es una nueva enfermedad, la comorbilidad exacta es desconocida. La hipocondría concurre con los trastornos de ansiedad (en particular, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el TOC) y los trastornos depresivos. Es probable que, aproximadamente, dos tercios de los individuos con trastorno de la ansiedad por enfermedad tengan al menos otro trastorno mental mayor comórbido. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener un riesgo elevado para el trastorno de síntomas somáticos y para los trastornos de la personalidad. (p. 318)

Ya descrito lo anterior se procede a explicar el caso de una mujer de 23 años con trastorno somatomorfo atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso, caso objeto de investigación en el presente trabajo.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Mujer de 23 años de edad, se presentó a la consulta externa del hospital de El Progreso, buscando ayuda psicológica, los síntomas que presentó son los siguientes: palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, malestar torácico, molestias abdominales, miedo a perder el control, miedo a morir, sofocaciones, ella cree tener una enfermedad cardíaca.

La fémina es la mayor, tiene una hermana de 6 años, hijas de una madre soltera según lo que expresa, en la familia se encuentra antecedentes de familiares que han presentado síntomas ansiosos, a los cuales han medicado; a los veinte años decidió vivir con el que es hoy en día es el esposo, tiene una hija de año y medio, anteriormente la residencia era en la ciudad capital, a unas casas de la domicilio de la madre del esposo.

La paciente relata que el problema que está presentando empezó el día que el esposo decidió ir con sus amigos a la playa, viaje que duro tres días, dejando a cargo de la paciente a la madre que ya desde unos días atrás se había sentido mal de salud, cuando la fémina estaba cuidando de la suegra, se dio cuenta que la madre del esposo tenía una apariencia pálida.

La paciente empezó a tratar de localizar al esposo para contarle, pero él nunca respondió, la suegra empezó a quejarse de dolor en el pecho y brazo, luego dejó de hablar, situación que a la fémina asusto, se la llevo inmediatamente al hospital, pero los profesionales de la salud no pudieron hacer nada, la suegra falleció.

Desde ese día la paciente empezó a experimentar todos los síntomas antes descritos, hasta el punto que ella cree que morirá de la misma manera que la suegra, decido vivir en Guastatoya en la residencia de la madre porque en la ciudad capital en la casa de habitación no tiene compañía y se siente muy sola, tiene temor de que le pase lo mismo que a la suegra y no exista nadie que la auxilie.

3.2 Pregunta de investigación

¿Padece de un trastorno somatomorfo una mujer de 23 años, atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso?

3.3 Objetivo General

Determinar si la paciente de 23 años de edad tiene un trastorno somatomorfo hipocondría.

3.4 Objetivos específicos

- Investigar el trastorno somatomorfo hipocondría, para analizar los síntomas y todo lo concerniente a dicho trastorno.
- Adoptar un enfoque psicológico adecuado.

3.5 Alcances y Límites

Alcances: en la práctica dirigida realizada en el Hospital de El Progreso realizada desde el 13 de febrero al 30 de octubre del 2017, los alcances que se pueden mencionar son los siguientes: se obtuvo un lugar apropiado para atender a los pacientes, lo cual benefició para que el que busca terapia se sienta en un ambiente agradable y pueda sentir la confianza de hacer la catarsis respectiva.

En la mayoría de pacientes atendidos se obtuvieron los resultados que ellos mismos se propusieron. En los pacientes infantiles se logró tener excelentes resultados con la técnica economía de fichas. Al aperturar el servicio de psicología la afluencia fue significativamente mayor comparado al año anterior. Y la paciente en la cual gira esta investigación obtuvo cambios significativos, uno de ellos es la reincorporación al ámbito profesional.

Límites: al iniciar la práctica dirigida no se contaba con un espacio para la atención adecuada a los pacientes que buscaban ayuda psicológica. Debido a la afluencia de pacientes y el poco recurso profesional para la atención de los mismos se atendía cerca de 20 minutos por paciente, el cual era tiempo insuficiente para lo que requiere una terapia psicológica.

El no contar con un espacio destinado a la atención de pacientes de psicología, se tenía que buscar otro espacio que estuviera desocupado para realizarlo. Y debido a las colas que se hacen para poder ingresar a consulta externa y esperar para ser atendidos las personas prefieren ya no asistir a la cita programada.

3.6 Metodología

La investigación realizada es a través del método cualitativo, el mismo nos ayuda a describir las características de un fenómeno, en este caso es trastorno somatomorfo hipocondria en una mujer de 23 años, atendida en la consulta externa del hospital de El Progreso.

3.6.1 Procedimiento

Al llegar la paciente a la consulta externa del Hospital de El Progreso, se le asigno un numero de caso y el respectivo carne para poder anotar las siguientes citas que programadas, se realiza la primera entrevista donde se le piden datos básicos como nombre, edad, género, religión, número de identificación personal, número telefónico, si es referida, como y porque llegó a buscar la ayuda, motivo de consulta, historia familiar, historia médica, se hace un estudio completo de anamnesis de la paciente y se evaluó la condición actual.

Al tener todos estos datos se obtienen hipótesis, las cuales se confirmarán o se descartarán según los signos que se observaron, los síntomas que dio el paciente y las pruebas que se le realizaron. Se hace la evaluación multiaxial esto ayudará en el planteamiento del tratamiento y la predicción de resultados.

3.6.2 Descripción de pruebas

Las pruebas que se aplicaron a la paciente son proyectivas (figura humana, test del árbol y el test de la familia) con el afán de conocer y diagnosticar la personalidad, en las que el paciente da respuestas libremente a una serie de estímulos y descartar elementos patológicos.

Capitulo 4

Presentacion de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos Generales

Nombre:	Dayana
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	Julio 1,994
Edad:	23 años
Estado civil:	Casada
Profesion:	Secretaria oficinista
Ocupacion:	Ama de casa
Referido por:	Amiga
Fecha de inicio proceso	
Terapeutico:	1 de marzo 2017
Nombre de la madre:	Teresa
Ocupacion/profesion:	Ama de casa
Lugar de trabajo:	Guastatoya
Nombre del padre:	Rodrigo
Ocupacion/profesion:	Chofer de buses
Lugar de trabajo:	Guastatoya-Capital

4.1.1 Motivo de consulta

La fémina de 23 años de edad, se ha sentido mal desde hace seis meses, está preocupada pues tiene miedo, ya que cree tener una enfermedad cardíaca.

4.1.2 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración. La fémina expone que se empieza a sentir mal desde un año atrás, que ha buscado ayuda de profesionales médicos una y otra vez, pero que nunca le han dado un diagnóstico.

Estresores y factores precipitantes. En febrero del 2016 el esposo le pide que cuide a la madre porque el saldría de viaje con sus amigos, ella accede a cuidarla, la suegra empieza a sentirse mal, dolor de brazo izquierdo, dolor en el pecho, falta de oxígeno, tiene un ataque cardíaco, llama al esposo desesperadamente el no contesta, lleva a la suegra a un sanatorio donde fallece. Impacto del problema Dada la situación Dayana queda muy impresionada, a tal punto que le aterroriza pensar que ella tenga tan solo una posibilidad de morir de esa forma.

4.1.3 Historia Clínica

Historia prenatal. Primer embarazo de la madre, deseado, culminado a tiempo, embarazo tranquilo sin complicaciones. Nacimiento: la recibieron con entusiasmo y mucho amor según lo que ha ella le han contado. Evolución neuropsíquica: no existen datos.

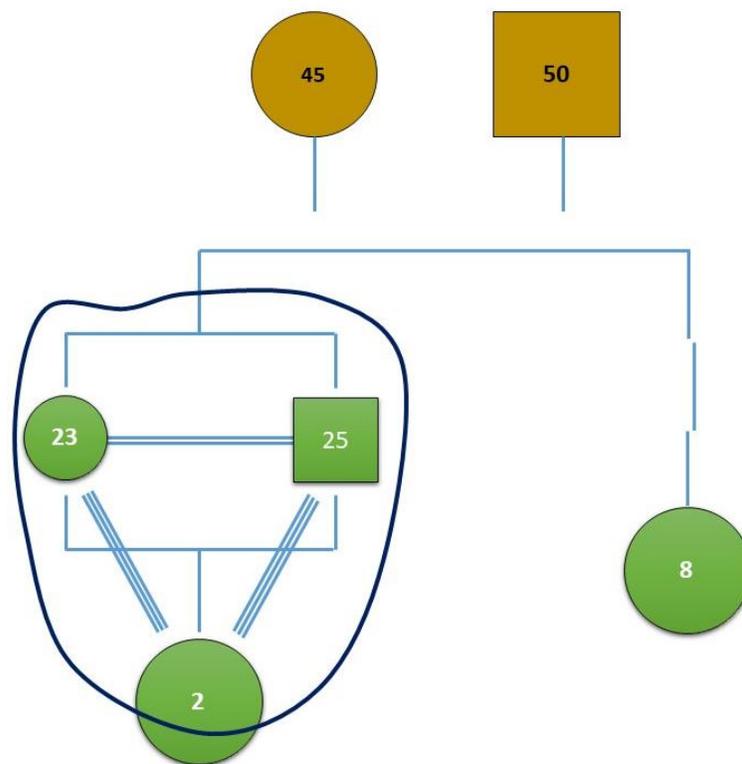
Evolución del lenguaje. La paciente expresa que según lo que la madre le ha contado a los 16 meses de edad tenía un lenguaje mas o menos de 17 palabras lo que se considera desarrollo normal.

Desenvolvimiento escolar. La paciente ha sido muy buena estudiante desde pequeña, dedicada a las tareas que se le asignaban, aprobando los grados sin ningún problema hasta graduarse de secretaria oficinista. Y desenvolvimiento social. La paciente nunca ha tenido problema para relacionarse con sus iguales, hasta que ocurrió según ella la desgracia del fallecimiento de la suegra.

Adolescencia. La paciente es una joven dedicada a sus estudios, a obedecer a sus padres, vivió su adolescencia sin tener ningún evento que pudiera empañar el desarrollo normal de la misma. Historia Médica. Según el relato de Dayana ha sido una persona sana, no se explica porque de pronto ella siente un cierto número de síntomas y aún peor que no exista una explicación para eso. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: no existen datos al respecto.

4.1.4 Historia Familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente: elaboración propia.

Estructura familiar: está constituida por el esposo de 25 años de edad, la hija de 2 años, el lugar de residencia era la ciudad capital, desde que sucedió el evento estresor ella decidió irse a vivir con su madre de 45 años, su padre de 50 y su hermana de 8 años de edad. Economía inestable porque actualmente el esposo no tiene trabajo.

De los antecedentes familiares: la consultante tiene una relación con los padres buena hasta el día que llegan a vivir de nuevo con ellos, la inconformidad es porque el esposo de paciente no cuenta con trabajo para que se haga cargo de todos los gastos que se generan, por lo que los padres tienen que ayudarles económicamente. La paciente expresa que tiene familiares que padecen de nerviosismo, que han visitado al médico y les prescriben medicamentos con los cuales experimentan alivio temporal.

4.1.5 Examen del estado mental

Cuadro No. 1
Examen Mental

Apariencia y Comportamiento	Normal
Lenguaje	Normal
Emociones	Confusas (miedo, tristeza)
Proceso de Pensamiento	Normal
Contenido de Pensamiento	Creencias arraigadas heredadas por la familia
Compresión y control de impulsos	Pobre
Examen cognoscitivo	Apariencia: Buena Orientación: Correcta Periodo de atención: Normal Memoria reciente y pasada: Correcta Funcionamiento del lenguaje: Correcta Juicio y discernimiento: Pobre

Fuente: Elaboración propia.

4.1.6 Resultado de pruebas

Cuadro No. 2
Resultados de pruebas

Nombre de la prueba	Resultado
Test proyectivo Figura Humana	<p>Denota evasión, ansiedad.</p> <p>Indica que el individuo susceptible a la ofensa, ligera reacción a la crítica u opinión social.</p> <p>Desconfianza.</p> <p>El mundo no está activamente cerrado al sujeto, sino que percibido vagamente, pequeña discriminación a los detalles, e inmadurez.</p> <p>Muestra malhumor.</p> <p>Impulsos agresivos</p> <p>Señala falta de confianza en los contactos sociales, en la productividad.</p>
Test del dibujo de la familia.	<p>Evidencia de fuertes pulsiones, violencia o liberación instintiva.</p> <p>Pérdida de la espontaneidad, vive dominada por las reglas.</p> <p>Racional, espontaneidad inhibida.</p> <p>Preocupación y sensación de sentirse inadecuada.</p> <p>Agresividad.</p>
Test del árbol	<p>Fuerte afirmación en el yo, de la energía, activa desde lo impulsivo.</p>

	<p>Tendencia a una actitud defensiva, con una personalidad formal, gran control con todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y de los sentimientos, hace un gran esfuerzo y empeño en causar buena impresión ante los demás.</p> <p>Cuida su imagen y filtra todo lo que vaya a exteriorizar.</p> <p>Posee leve tendencia de receptibilidad y expansión leve en aumento, tendencia leve de deseo de destacarse, leve deseo de originalidad. Es afectiva y cálida, actúa emotivamente no por el instinto, reprimida inconscientemente, muestra solo una parte de ella misma.</p> <p>El apego a las normas y directivas es fuerte, acepta un orden determinado, y no se le ocurre modificarlo de ninguna forma.</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia

4.1.7 Impresión diagnóstica

Paciente denota ansiedad y preocupación por la salud física, tendencia a una actitud defensiva, con una personalidad formal, gran control con todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y de los sentimientos, hace un gran esfuerzo y empeño en causar buena impresión ante los demás. Evidencia de fuertes pulsiones, violencia o liberación instintiva, pérdida de la espontaneidad, vive dominada por las reglas, racional, preocupación y sensación de sentirse inadecuada, agresividad.

Por los síntomas que experimenta y por cumplir con criterios del Trastorno Somatomorfo Hipocondria la evaluación multiaxial es la siguiente: Evaluación multiaxial DSM-IV: Eje I:

Hipocondría de F45.2 [300.7], Eje II: Z03.2 Ningún Diagnóstico, Eje III: Ninguno, Eje IV: Ninguno y Eje V: EEAG 65 (actual). Se cumplen los criterios de diagnóstico según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV).

4.1.8 Recomendaciones

Que la paciente inicie un proceso terapéutico basado en terapia cognitivo conductual con el fin de identificar razonamientos irracionales y darle las herramientas necesarias para cambiar dichos razonamientos.

4.1.9 Plan terapéutico

Cognitivo Conductual: el objetivo principal de este plan terapéutico es dotar de herramientas paciente para afrontar las situaciones a las que se enfrenta día a día, se busca que la persona adquiera recursos personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de la vida. De esta forma, la persona aprende técnicas de afrontamiento y adquiere autonomía e independencia personal. Dependiendo de las dificultades concretas con las que acuda la persona, los recursos personales que aprenderá serán unos u otros.

En Dayana, se pretende eliminar o reducir la frecuencia de las conductas y pensamientos negativos, los problemas psicológicos, se manifiestan en los tres niveles de respuesta humanos. Estos niveles son los pensamientos, las conductas y las emociones. Por lo tanto, uno de los objetivos de la terapia cognitivo-conductual se focaliza en eliminar o modificar estas conductas y pensamientos para que no generen malestar a la persona. A medida que la persona va cumpliendo este objetivo, se van reduciendo las manifestaciones del problema y por lo tanto solucionando la situación.

Mejorar el estado de ánimo y el bienestar de la paciente, reducir la frecuencia de las emociones negativas, trabajando también de forma paralela con el nivel de activación. Además de reducir las

emociones negativas, es necesario enseñar a la persona cómo afrontar estas emociones negativas y cómo fomentar las emociones positivas. Mejorando así el bienestar general de la persona.

Cuadro No. 3
Plan terapéutico

Objetivo específico	Técnica a utilizar / terapia	Descripción	Tiempo estimado
Eliminar o reducir la frecuencia de las conductas y pensamientos negativos.	Cognitivo-Conductual.	Los problemas psicológicos, se manifiestan en los tres niveles de respuesta humanos. Estos niveles son los pensamientos, las conductas y las emociones. Por lo tanto, uno de los objetivos de la terapia cognitivo-conductual se focaliza en eliminar o modificar estas conductas y pensamientos para que no generen malestar a la persona. A medida que la persona va cumpliendo este objetivo, se van reduciendo las manifestaciones del problema y por lo tanto solucionando la situación.	5 Sesiones
Mejorar el estado de ánimo y el bienestar de la persona	Terapia Cognitivo-Conductual	Reducir la frecuencia de las emociones negativas, trabajando también de forma paralela con el nivel de activación. Además de reducir las emociones negativas, es necesario	5 Sesiones

		enseñar a la persona cómo afrontar estas emociones negativas y cómo fomentar las emociones positivas. Mejorando así el bienestar general de la persona	
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

4.1.10 Análisis de resultados

Cuadro 4
Análisis de resultados

Metas terapéuticas	Recursos/técnicas	Logros
Entrenar al paciente para detectar cuando tiene un razonamiento irracional y hacer el cambio respectivo	La TRE	La paciente desarrollo la habilidad de detectar emociones y aplicar las técnicas que en clínica se le enseñaron. Comprendió que los ataques de pánico era resultado de los razonamientos que ella formulaba y al tener control de ellos desaparecía las molestias, asimismo comprendió que no tiene por qué sucederle a ella cosas que le suceden a otros, Comprobó que está en perfecto estado de salud incorporándose así a la sociedad en un nuevo trabajo como secretaria.
Que la paciente pueda controlar los síntomas de ataques de pánico.	Respiraciones Ejercicio Mándalas	Por medio de las respiraciones controlo la ansiedad, al distraer su mente experimento que los síntomas desaparecían.

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Para llegar al diagnóstico de Trastorno somatomorfo hipocondría, se utilizó el método científico, el cual permite analizar los signos y síntomas por medio de la observación, historia clínica y anamnesis, seguidamente se obtiene una hipótesis, se hace un diagnóstico diferencial donde se descarta otros trastornos posibles, se realiza la comprobación por medio de test proyectivos, todo esto se conlleva al análisis de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR para corroborar si la paciente cumple con ellos, siendo el resultado positivo.

Según las investigaciones de este trabajo el tratamiento que se ofreció la paciente con dicho diagnóstico es Terapia Cognitiva Conductual, que consiste en entrenar al paciente con herramientas adecuadas para poder detectar razonamientos negativos o patológicos y cambiarlos por razonamientos positivos, de esta forma la paciente logra disfrutar bienestar y salud mental, cabe mencionar que el resultado ha sido a largo plazo a base de esfuerzo y constancia, características vitales para la total recuperación.

Recomendaciones

El diagnóstico de trastorno somatomorfo hipocondría requiere que el paciente este consciente que hay un padecimiento y que necesita seguir indicaciones de parte de los profesionales. Se pretende que el paciente de esta forma logre alcanzar autonomía e independencia personal. Una persona hipocondríaca ha pasado por tantos malos momentos, que tendrá que ir poco a poco haciendo o restaurando lazos con familiares, amigos, con la sociedad misma, pues el proceso en el que el paciente entra cuando experimenta todos los síntomas, se ven afectadas estas áreas.

La paciente deberá practicar todas las herramientas que se le ha dado en las sesiones de terapia psicológica como la terapia farmacológica si fuese necesario, para mantener un nivel adecuado en salud mental, si la paciente no desea colaborar con las indicaciones dadas por los profesionales es alta la probabilidad que entre en un cuadro patológico nuevamente. El paciente deberá buscar actividades donde pueda fomentar emociones positivas que le ayuden a integrarse nuevamente a la sociedad y ser funcional en la misma.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. (4ª. Ed.). España: Elsevier Masson.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (2012). *Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico*. (Versión revisada). Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.
- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Chile: Lexus Editores.
- Asociación Española de Psicología y Psicopatología. (2017). *Trastorno somatoformo hipocondría*. Recuperado: <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=67>
- Psicothema. (2017). *Trastorno somatoformo hipocondría*. Recuperado: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=463>
- Psicoterapeutas (2018). *Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría* Recuperado: <https://www.cop.es/colegiados/M-00451/Hipocondria.htm>.

Anexos

Anexo 1

Test de la Familia

Autor: Corman

Test de la familia

Apellido:..... Nombre:.....

Consigna:

Dibújame una familia. Si el niño no entiende se puede decir:

Imagina una familia y dibújala. Si esto no entiende, se le dirá: “Dibuja todo lo que tú quieras: personas de una familia y si deseas también objetos, animales, cosas”.

Luego el Psicólogo que debe asistir durante el tiempo de la realización del dibujo, debe observar particularmente los siguientes puntos y otros que se juzguen significativos.

Observaciones durante la prueba

1. ¿Halla “inhibición” en el dibujo de algún personaje?
2. ¿Por qué lado de la hoja comienza?
3. Orden de las figuras dibujadas:
4. “Tiempo” empleado en dibujar cada personaje:
5. ¿Sobre qué “detalles” tiende a volver?
6. “Emociones afectivas “durante la prueba. (¿Realiza con alegría?, ¿disgusto?, ¿tristeza?, ¿Rechazo?, ¿qué exclamaciones pronuncia? Cambia de humor. ¿Demuestra cólera hacia algún personaje?, etc.
7. “Composición de la verdadera familia”. (Se realiza al terminar la prueba o en base a los datos proporcionados por la ficha personal). Subráyense las eventuales omisiones o deformaciones

Cuestionario a seguirse al término del dibujo

1. Descríbeme ahora la familia que has imaginado:
2. ¿Sabes decirme dónde están y qué están haciendo?
3. Nombrase a todas las personas, comenzando por la primera que has dibujado. Para cada personaje pregúntese el papel que desempeña en la familia, el sexo, etc.:
4. ¿Qué cariño crees que tienen entre sí estas personas?
5. ¿Cuál es la persona más buena y amable de esta familia? ¿Por qué?
6. ¿Cuál es la persona menos buena y amable de esta familia? ¿Por qué?
7. ¿Cuál es la más feliz? ¿Por qué?
8. Entre las personas de esta familia, ¿a cuál prefieres? ¿Por qué?
9. ¿Cuál es la persona menos feliz? ¿Por qué?
10. Imagínate que perteneces a esta familia, ¿quién quisieras ser? ¿Por qué?:
11. Si el niño ha dibujado su propia familia y se ha colocado a sí mismo convenientemente, pregúntese: ¿Qué otra persona tú quisieras ser?:
12. Formúlense otras preguntas dictadas por las circunstancias del momento, como por ejemplo: “Papá propone un paseo en carro, pero no hay lugar para todos,
13. ¿Quién se quedará en casa? Uno de los niños no se ha portado bien. ¿Cuál es?
14. ¿Cómo le castigarán?:
15. ¿Te gusta el dibujo que has hecho?
16. ¿Qué harías si tuvieras que volver a hacer tú dibujo? ¿Harías el mismo?
17. ¿Aumentarías algo? ¿No borrarías nada?

Guía para interpretar el test de corman

Interpretación

1. Interpretación en el plano gráfico:

Amplitud y fuerza del trazo:

Trazo amplio: Figuras grandes, utiliza toda la plana. Extrovertido. Gran expansión vital

Trazo estrecho: Figuras pequeñas: Inhibido, poca expansión vital

Trazo fuerte: Pulsión fuerte: violencia, audacia

Trazo débil: Pulsiones débiles: suavidad, timidez, inhibición

2. Ritmo del trazado:

Ritmo estereotipado: El mismo estilo en todas las figuras, las figuras en fila: rasgos neuróticos obsesivos, carácter obsesivo. Ritmo desordenado: cada personaje de otro estilo, espontáneo y sin obsesiones

3. Sector de la página:

Inferior: Instintos primordiales de la conservación de la vida:

Yo débil

Depresión

Astenia

Superior: Expansión imaginativa:

Soñador

Idealista

Izquierda: Símbolo del pasado:

Regresión a la infancia

Derecho: Símbolo del porvenir:

Tendencia a desarrollarse

4. Sectores blancos: Donde no hay dibujos hay que interpretar como zonas

Prohibidas:

Interpretación en el plano de las estructuras formales:

La forma del dibujo, tomada globalmente es índice de madurez

- a. Niños inhibidos: Niños que no quieren dibujar. Apenas parecen Figuras humanas, trazos desvitalizados, simples líneas.
- b. Niños disléxicos: Dificultad para la lectura. Ideas defectuosas del esquema corporal. Esquemas reducidos de la persona humana. Por negativismo hace siempre lo contrario de lo que se le pide.
- c. Tipos Normales. Sensorial: predominio de líneas curvas. Espontáneo. Libertad de movimiento y de expresión. Hay relación entre los personajes.

Racional: Personajes estereotipados, rígidos, sin movimiento. Obedece a un sistema educativo carente de espontaneidad y vitalidad.

Nota: Es normal que el niño pequeño sea más sensorial y que se vuelva racional a medida que crezca.

5. Tipos anormales:

Sensorial-Epileptoide: Desbordante de afectividad.

Racional-Esquizoide: Pre psicóticos, fríos.

Nota: El dibujo “cefalópodo” es síntoma de defecto.

6. Interpretación en el Plano del Contenido: angustia frente a un peligro exterior: Ambiente amenazante.

a) Inversión de papeles: Se sitúa como el más pequeño.

b) Regresión: Vuelve a situación anterior no amenazante.

c) Desplazamiento: Cuando el que dibuja es varón y se identifica en el dibujo como una niña y viceversa. Defecto de identificaciones con su rol sexual. Angustia frente a un peligro interior: Agresividad.

Tendencias sexuales

Culpabilidad

Disfrazada agresividad: Dibuja armas

Dibuja animales salvajes

Desplazamiento y formaciones reactivas No se presenta tal cuál es, atribuye la agresividad a otro, se transforma en lo opuesto.

Auto-desvalorización: Se identifica con el menos bien dibujado representándose en actitud de sumisión.

Auto-eliminación: no se dibuja.

Auto-negación: de sí mismo.

Preferencias e identificaciones:

Identificación real: Cuando el personaje con el que se identifica corresponde a su lugar en la familia.

Tendencia o deseo: Se identifica con personajes distintos de él en los cuales ve realizado sus deseos.

Defensa: Se identifica con un personaje con el que se defiende de la angustia que sufre.

Mecanismo de Defensa Típicos del Test:

Valoración del personaje principal:

Es una forma de defenderse contra la angustia, es:

El primer dibujado

El de mayor tamaño

El ejecutado con esmero

El que ocupa una posición central

El que es destacado como tal en el interrogatorio Aquel con quien se identifica frecuentemente

Desvalorización: Forma de expresar su agresividad, es:

El más pequeño

El último

El dibujado lejos o por debajo de los otros

El menos bien dibujado

El que no ha sido puesto edad ni nombre

El incompleto

Relación a distancia: Cuando tiene dificultades con sus padres se dibuja lejos de ellos.

Símbolos animales: Significan agresividad.

Análisis del test

Complejos de Rivalidad Fraternal:

a. Reacciones agresivas manifiestas: Son raras en el dibujo pero se manifiestan en el interrogatorio.

b. Reacciones agresivas manifestadas indirectamente:

Eliminación del rival.

Regreso a una edad anterior: Identificándose con un niño pequeño.

Dibujan un solo niño: Deseo inconsciente de ser único.

No dibuja niños: Descontento de ser él, se identifica con los padres.

c. Reacciones depresivas.

Eliminación de sí mismo.

Desvalorización de sí mismo: Se niega a sí mismo, en los casos más extremos se identifica tampoco con otro mal dibujado.

d. Regresión infantil mediante la identificación: un bebe:

Conflictos Edípicos:

a. Relación edípica: Es normal la atracción por el padre del sexo opuesto.

b. Rivalidad edípica: Es patológica cuando no está adecuadamente resuelta.

Desvalorización del padre del mismo sexo: Lo dibuja mal.

Celos por la pareja: Dibuja a los padres en relación afectiva y él se pone lejos.

Eliminación del padre del mismo sexo:

Agresividad: manifiesta contra el padre rival.

Agresividad manifestada por un simbolismo animal: el padre del mismo sexo amenazado por un animal.

c. Complejo de Edipo: Conflicto entre agresividad y amor.

Inhibición: Dibujos pequeños.

Simples rayas

Demasiada rigidez

No hay identificación con el padre del mismo sexo

Relación a distancia: Se coloca a distancia de los padres en forma notable.

Aislamiento: Líneas que separan al niño del padre a quien ama.

d. Complejo de Edipo a la inversa:

La represión presenta sentimientos opuestos: Tierno afecto al padre rival, por ejemplo:

Está acompañado de confusión de su rol sexual.

La inversión se da en el plano consciente.

A medida que se da la inversión, se da el renunciamento al propio sexo.

Anexo 2

Test del árbol

El test del árbol es un test proyectivo de la personalidad profunda a través de sus distintos contenidos iremos explorando áreas de la personalidad. Es una técnica muy utilizada tanto en la práctica clínica como en la práctica laboral, desarrollamos algunos conceptos. Los contenidos que se analizan en el test son los siguientes: el tronco, la copa, las ramas, el suelo y otros elementos accesorios que a veces aparecen. Veamos que significan:

El tronco: nos da cuenta de los aspectos más conscientes del psiquismo, nos permite evaluar: estabilidad emocional, como se siente actualmente la persona, la fortaleza de su yo y el aquí y ahora de su personalidad, pensemos que el tronco es el que sostiene al árbol.

La copa: representa la vida mental, las fantasías, la riqueza o no de la imaginación, como la persona concibe a la realidad.

Las Ramas: conforman dos cuestiones, la capacidad para establecer vínculos y la modalidad de las relaciones con los otros, pero también la capacidad de la persona para obtener del ambiente aquello que necesita.

El suelo: representa la realidad, el piso en donde uno se instala... todos estos elementos deben estar presentes en el dibujo de un árbol, o sea tiene que estar en el dibujo el tronco la copa, las ramas el suelo, las raíces no deberían estar presente porque representan el plano instintivo sexual y aspectos primitivos de la sexualidad, por ello cuando se grafica implican que algo de los impulsos no puede ser bien regulado y controlado por el yo del sujeto. Se asocian cuando aparecen las raíces a una necesidad de arraigo y de mayor estabilidad que el sujeto siente que no tiene. Pensemos que las raíces sobresalen en los árboles más viejos, es decir con una historia vital más fuerte.

Hasta aquí los elementos a mirar en un dibujo, digamos a tomar en cuenta. Es positivo que el tronco sea en ambos lados curvos porque eso significa flexibilidad y adaptación al ambiente,

cuando aparece un tronco recto significa inflexibilidad mucho autocontrol y rigidez, se suma a este análisis otros factores tales como el tamaño, la ubicación en la hoja, la calidad del trazo.

Cuando el suelo no se dibuja debemos observar primero la calidad de la estructura del árbol y en que se basó para llegar a los conceptos que detallo anteriormente, ¿se ve fuerte o débil? si el árbol es bueno implica que la persona tiene dificultad. ¿Cuál es el concepto de fuerte y débil? Para afirmarse en la realidad tal cual hoy se le presenta, si el árbol es endeble, debilidad de carácter, visión de la realidad fuerte es un árbol que tiene todos sus contenidos presentes, los trazos son firmes el tamaño mediano. Si el trazo se repasa significa inseguridad, insatisfacción y una necesidad de perfeccionismo.

Anexo 4

Test Dibujo de la Figura Humana

El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de uno.

Cada vez que un sujeto gráfico una persona en esta proyección de su propio Yo que realiza confluyen:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas,
- Imágenes de estereotipo social y cultural que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- Aceptación o no de su etapa vital
- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo, es como que ante ella deberíamos poder decir, es igual a él/ella.

Secuencia: El orden esperable a observar por el sujeto deberá ser el siguiente:

1. Contorno de cabeza
2. Facciones del rostro (ojos, nariz boca etc.)
3. Cuello
4. Hombros
5. Tronco
6. Brazos
7. Manos
8. Extremidades inferiores
9. Pies.

Cualquier cambio en la secuencia indicará alguna perturbación psicológica u orgánica de menor a mayor conflicto que habrá que diagnosticar con el resto del análisis y demás técnicas.

Análisis de algunas de las partes del dibujo de la Figura Humana

La Cabeza: Vehiculiza la concepción del Yo en cuanto a núcleo consciente de la personalidad. Esto implica las funciones de autopercepción que de sí y de su ambiente tiene el sujeto. En razón de esto será el centro vital de expresión de:

- Aspectos que hacen al funcionamiento mental, y nivel intelectual
- Control y expresión de las relaciones sociales
- Control de los impulsos corporales

Es simbólicamente al igual que las manos, la parte más expuesta del cuerpo, y esta siempre a la vista.

Los Ojos:

Concepto: Los ojos constituyen uno de los medios básicos de comunicación con el mundo, reciben, interpretan la información que perciben, facilitan la discriminación con los objetos del mundo externo.

Los ojos como canal de comunicación son los que nos permiten ver el afuera, por ende la percepción de la realidad y su conocimiento dependen de ellos.

Así es que sus funciones esenciales son las de asimilación de información ambiental y comunicación social, que implicarían más lo que muestran de lo interno del sujeto hay un viejo refrán que dice que los “ojos son el espejo del alma”. Por ello cuando evaluamos este contenido estamos también observando simultáneamente: los ojos y la expresión de la mirada. ¿Qué impresión nos trasmite esa mirada?

Los Hombros:

Conceptos: Los hombros se relacionan con el sentimiento de fuerza básica del sujeto. Cuando nos referimos al sentimiento de fuerza básica debemos pensarlo en el sentido de si el sujeto siente que puede o no emprender, tomar determinadas decisiones o enfrentar situaciones. No se relaciona

con si realmente tiene los recursos reales o potenciales para hacerlo, si no si el siente que puede, y esto está muy ligado al sentimiento auto estimativo.

El Tronco:

Es la sede o asiento principal de los estados emocionales y de los impulsos que experimenta la persona.

Desde lo real es el gran coordinador de nuestro esquema corporal en tanto a él vienen insertarse las demás partes que conforman nuestro cuerpo físico tales como el cuello, los brazos y de estos las manos, la zona pélvica y de allí se insertan las piernas. Podríamos decir que en la cabeza vemos el gran coordinador general de nuestro cuerpo y nuestra personalidad, en otros términos nuestro cerebro en lo físico, nuestra mente en lo psíquico. A la vez en el tronco descansan la mayoría de nuestros órganos vitales tales como el corazón, los pulmones nuestro sistema digestivo, psicológicamente se tratará de la sede o núcleo de nuestras emociones, y lugar de intercambio con el exterior (pulmones).

Los Brazos:

Brazos y manos: se relacionan funcionalmente con el Yo y la adaptación social. Como órganos de extensión son vehículos también de la necesidad o grado de dominio que el sujeto desea tener sobre el mundo externo. Como interrogantes a responder con su análisis tenemos: ¿Qué nivel de aspiraciones tiene el sujeto? ¿Cuál es el grado de confianza y seguridad con el que se relaciona? Este Test de gran difusión en la Psicología moderna es fundamental e infaltable en la elaboración de una batería de Test, es un test básico de aplicación en varias áreas.