

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tamara Gómez Gómez

Tutora

Genoveva Granados Gámez

ÍNDICE

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Objetivos	5
3. Metodología	5
4. Desarrollo.....	6
a. Prevalencia.....	8
b. Manifestaciones (síntomas somáticos).....	13
c. Intervenciones de enfermería.....	14
5. Caso práctico	15
6. Discusión	21
7. Conclusión	22
Bibliografía	23
Anexos.....	26

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de ansiedad (también llamados neuróticos) se caracterizan por una alteración mental, duradera o recurrente, cuyo síntoma fundamental es una respuesta más o menos específica de ansiedad, sin que exista ningún factor orgánico demostrable.

Se plantea realizar una revisión sistemática para analizar la prevalencia de los trastornos de ansiedad, así como las terapias, tratamientos y cuidados de enfermería existentes.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los distintos tipos de trastornos de ansiedad en la población, así como sus manifestaciones e intervenciones enfermeras y resolver un caso práctico.

Metodología: Revisión de la bibliografía a través de las bases de datos: Medline, Cinahl y Cuiden Plus. En la fase de valoración utilizaremos el modelo de necesidades humanas, la clasificación Nanda para redactar los diferentes diagnósticos de enfermería, así como los objetivos NOC y las intervenciones NIC.

Desarrollo: Para este trabajo he encontrado 15 estudios de distintos tipos. En ellos se analizaron los diferentes factores que influyen en la prevalencia de los trastornos de ansiedad como sexo, edad y asociación a otras enfermedades y también se ha considerado la forma de diagnóstico de los trastornos de ansiedad a través de las distintas escalas, así como las intervenciones y actividades de enfermería. Tras esta revisión se procede a la resolución de un caso práctico, en el que se pretende integrar los conocimientos relevantes en el cuidado a personas con este tipo de trastornos.

Conclusiones: Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en la población. Pueden ser empleadas varias escalas para su diagnóstico y varios tipos de terapias y tratamientos para la mejora de sus síntomas así como las intervenciones por parte de enfermería, entre las que destacan: disminución de la ansiedad, aumento del afrontamiento y la reestructuración cognitiva entre otras.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad (TA) son una de las enfermedades psiquiátricas más importantes, tanto por su frecuencia como por su trascendencia puesto que afectan a todo tipo de poblaciones.¹

Estudios epidemiológicos recientes señalan que la prevalencia de los TA en el último año fue del 6%.² Igualmente señalan que en general la proporción en cuanto al sexo identifica que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (3:2)³ y, de manera específica en los niños y adolescentes los TA por separación y las fobias son los de mayor prevalencia existiendo igualdad entre sexos.⁴

Se entiende que la ansiedad es patológica (ver tabla 1) cuando la respuesta del organismo es desproporcionada a la situación en la que se encuentra y la capacidad adaptativa del individuo se convierte en patológica, impidiendo de esta manera realizar las actividades de la vida diaria.⁵

Tabla 1: Diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica

ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Respuesta a amenaza real (respuesta motivada)	Respuesta a amenaza no real ni peligrosa (respuesta inmotivada)
Reacción esperable y común	Reacción desproporcionada
Episodios poco frecuentes	Episodios repetidos
Intensidad leve o moderada	Intensidad alta
Duración limitada	Duración prolongada
Adaptativa	Desadaptativa
Menor componente somático	Mayor componente somático
Sufrimiento: limitado y transitorio	Sufrimiento: alto y duradero
Tiene menor expresión corporal	Mayor expresión corporal
No interfiere en la vida cotidiana	Interfiere en la vida cotidiana

Según la Asociación Americana de Psiquiatría en su versión DSM-IV, los TA se clasifican en trastornos de ansiedad generalizada, trastornos por estrés, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de pánico, Agorafobia, fobia social y fobia simple.⁶

La clínica ansiosa es muy frecuente en pacientes con enfermedades somáticas y, por su parte, pacientes con TA manifiestas quejas y enfermedades somáticas, por las que acuden a los servicios médicos (atención primaria y urgencias).⁷

Los TA originan un gran impacto negativo en la actividad laboral de la persona, y elevados costes socio-sanitarios. Además, suponen un riesgo incrementado de comorbilidad con otras enfermedades médicas, y de mortalidad especialmente de origen cardiovascular.³

A la luz de toda la bibliografía consultada nos planteamos los siguientes objetivos.

2. OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de los distintos tipos de trastornos de ansiedad.
- Identificar las principales manifestaciones de lo trastornos de ansiedad.
- Describir las intervenciones de enfermería en los cuidados a las personas con síntomas de ansiedad.
- Exponer un caso que integre los conocimientos que puedan ayudar en el cuidado a estos pacientes.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática con el objetivo de conocer la prevalencia de los distintos tipos de TA en la población, así como sus principales manifestaciones somáticas, tratamiento y terapias existentes. También las intervenciones utilizadas por enfermería para ayudar al paciente en el control y la mejora de los síntomas.

Las bases de datos consultadas fueron: Medline a través de Pubmed, Cinahl y Cuiden Plus. También he consultado manuales de enfermería psiquiátrica, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales así como los procesos asistenciales integrados de la consejería de salud, entre otros artículos

Después de conocer lo anteriormente mencionado, se procede a la presentación de un caso, como ejemplo de TA. Dicho proceso constará de una valoración, realizada a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, en base al cual se formularán unos diagnósticos de enfermería, los objetivos, y se describen las intervenciones y actividades correspondientes.

Paralelamente, enfermería utiliza escalas y cuestionarios para medir el nivel de ansiedad. Entre ellas, la Escala de Ansiedad de Hamilton, que puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que correspondan a ansiedad psíquica y ansiedad somática. Entre 0 - 5 se considera ausencia de ansiedad, entre 6 - 14 se considera ansiedad leve y mayor o igual a 15 se considera ansiedad moderada o grave.

4. DESARROLLO

El trastorno de ansiedad (neurosis) es una alteración mental duradera y recurrente, cuyo síntoma fundamental es una respuesta de ansiedad, sin que exista factor orgánico demostrable. La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o internos. Esta activación se traduce en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino, que darían lugar a los síntomas somáticos de la ansiedad y, por otra, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, que se traduciría en los síntomas psicológicos de la ansiedad.⁸

Según la Décima Revisión de la Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10; ver tabla 2) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de ansiedad

se agrupan bajo el nombre de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, cuyos rasgos comunes son síntomas de ansiedad, con conductas de evitación o sin ellas y, constituye el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos en la población en general.⁴

Tabla 2: Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias.

DSM-IV-TR		CIE-10	
		Trastorno de ansiedad fóbica	F40
300.23	Fobia Social	Fobias Sociales	F40.1
300.29	Fobia Simple	Fobias específicas	F40.2
300.22	Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia	F40.0
		Otros trastornos de ansiedad	F41
300.21	Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia	F41.0
300.01	Trastorno de angustia sin agorafobia		
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1
		Trastorno mixto ansioso-depresivo	F41.2
		Otro trastorno mixto de ansiedad	F41.3
		Otro trastorno de ansiedad	F41.8
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo	F42
		Reacciones de estrés y trastornos de adaptación	F43
309.81	Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático	F43.1
308.3	Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo	F43.0
		Trastorno de adaptación	F43.2
		Trastorno disociativo	F44
293.89	Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica		
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias		
		Trastornos somatomorfos	F45
300.00	Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos	F48

Los trastornos de ansiedad son producidos por una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales: predisposición familiar, enfermedad psiquiátrica, baja autoestima, miedos...⁸

En cuanto a las manifestaciones de estos trastornos (ver tabla 3) se pueden agrupar en fisiológicas tales como taquicardia, sensación de ahogo, tensión muscular, cefaleas, nudo en el estomago, diarreas, sudoración, etc; psíquicas, entre las que se describen el miedo a perder el control, bloqueo del pensamiento, sensación de catástrofe... y sobre las conductuales la apatía, conductas de evitación, desinterés, inquietud...⁸

Tabla 3: Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorio: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
Digestivo: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones.
	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones.

Los trastornos de ansiedad provocan sufrimiento humano, ya que en fases avanzadas de ansiedad, el paciente puede experimentar crisis, así como realizar conductas adictivas o comportamientos autodestructivos. Los pacientes con trastorno de ansiedad son demandantes de atención sanitaria, pues buscan un hecho orgánico que justifique sus niveles de ansiedad. La ansiedad presenta un elevado número de comorbilidades y costes directos asociados en el ámbito de la atención primaria de salud.⁹

a. Prevalencia de los trastornos de ansiedad:

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población son bastante altas, estudios epidemiológicos recientes demuestran que tienen una prevalencia- año del 12.6% –

17.7% en la población general y una prevalencia vida del 14.6% - 24.9%. ¹ Incluso estudios epidemiológicos estadounidenses informan de una prevalencia de vida en los TA del 28.8% ¹⁰. En nuestro medio, un estudio reciente destaca una prevalencia año del 6.3% (ver tabla 4 y 5). ^{2, 11}

Tabla 4: Prevalencia-año de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios del DSM-IV (datos ponderados a la población española).

Trastornos de ansiedad [Prevalencia –año (%)]			
	Varón	Mujer	Total
Ansiedad generalizada	0.44	1.18	0.50
Fobia social	0.57	0.64	0.60
Fobia específica	1.19	4.20	3.60
Trastorno por estrés postraumático	0.25	0.94	0.50
Agorafobia	0.15	0.60	0.30
Trastorno de angustia	0.38	0.98	0.60
Cualquier trastorno de ansiedad	2.53	7.61	6.20

Fuente: Estudio ESEMeD - España

Tabla 5: Prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios del DSM-IV (datos ponderados a la población española).

Trastornos de ansiedad [Prevalencia – vida (%)]			
	Varón	Mujer	Total
Ansiedad generalizada	1.15	2.57	1.89
Fobia social	1.06	1.28	1.17
Fobia específica	2.32	6.54	4.52
Trastorno por estrés postraumático	1.06	2.79	1.95
Agorafobia	0.47	0.76	0.62
Trastorno de angustia	0.95	2.39	1.70
Cualquier trastorno de ansiedad	5.71	12.76	9.39

Fuente: Estudio ESEMeD - España

Según la National Comorbidity Survey (NCS), la fobia social y la fobia simple son los TA con mayor prevalencia (13.3% - 11.3% prevalencia-vida y 8.8% - 7.9% prevalencia-año), mientras que para el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Project (ESEMeD) (ver tabla 6), la fobia simple y el trastorno de ansiedad generalizada son los de mayor prevalencia (7.7% - 2.8% prevalencia-vida y 3.5% - 1.0% prevalencia-año)⁵

Tabla 6: Tasa de Prevalencia para los trastornos de ansiedad en la población española en función de las características demográficas.

Cualquier trastorno de ansiedad		Prevalencia (%)
Sexo	Varón	2.5
	Mujer	7.6
Edad (años)	18-24	7.8
	25-34	4.2
	35-49	4.5
	50-64	6.0
	> 65	3.9
Estado Civil	Casado o en pareja	5.0
	Previamente casado	7.1
	Nunca casado	4.8
Educación (años)	0-4	5.8
	5-8	5.7
	9-12	5.0
	≥ 13	4.7
Tamaño Municipio (habitantes)	< 10000	5.2
	10000 - 50000	5.2
	50000 - 500000	5.0
	> 500000	5.1
Empleo	Empleo remunerado	4.5
	Desempleado	7.8
	Jubilado	3.9
	Ama/o de casa	6.6
	Estudiante	4.5
	Baja maternal	7.3
	Baja por enfermedad	10.3
	Discapacitado	9.0
	Otros	6.7

Fuente: Estudio ESEMeD España

En cuanto a niños y adolescentes (desde 0 a 18 años), un estudio del 2002, confirma que el 13, 3% de los trastornos psicológicos pertenecen a los trastorno de la ansiedad (tercer puesto seguido de los trastornos de conducta y los trastornos depresivos), siendo su

prevalencia mayor conforme aumenta la edad. Y en cuanto al sexo, destaca una prevalencia del 16.5% en mujeres y 11.4% en hombres. ¹².

En cuanto a los síntomas de los principales trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil destacan por su frecuencia: la ansiedad por separación, las fobias físicas y el trastorno de ansiedad. Los de menor prevalencia son el trastorno de pánico y la fobia social. Conforme aumenta la edad, la sintomatología de la ansiedad por separación y del trastorno obsesivo-compulsivo disminuye, mientras que aumentan las manifestaciones de fobia social y ansiedad generalizada. (Ver tabla 7) ⁴

Tabla 7: Sintomatología en función de la edad en la población infanto-juvenil: medias

Síntomas	Edad		
	Preadolescencia	Adolescencia media	Adolescencia
Trastorno de ansiedad por separación	5.17	3.79	3.68
Fobia Social	4.73	4.91	5.20
Trastorno obsesivo – compulsivo	5.24	4.26	4.16
Trastorno de ansiedad generalizada	5.32	6.10	7.04
Miedos físicos	2.66	2.36	2.66
Pánico/agorafobia	3.13	2.30	2.43

Existe una alta comorbilidad en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, principalmente entre el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social y ansiedad por separación. (Ver tabla 8) ¹³

Tabla 8: comorbilidad entre los trastornos de ansiedad de niños y adolescentes.

	TAG	TAS	FS	PA	TP	AG	TOC	FE	TEP
TAG	-	15.4	33.1	1.5	0.8	0.8	11.5	16.9	0.8
TAS	23.7	-	17.1	0	0	0	7.9	21.1	1.3
FS	27.5	73	-	0	0	0.9	4.6	11.9	0
PA	21.7	4.3	13.0	-	-	0	2.2	45.7	2.2
TP	0	25.0	25.0	-	-	0	0	50.0	0
AG	26.7	6.7	20.0	0	0	-	13.3	33.3	0
TOC	20.0	8.0	107	1.3	0	0	-	12	0
FE	18.2	9.1	12.1	4.5	0	1.5	0	-	0
TEP	0	11.1	33.3	0	0	0	22.2	22.2	-

Nota: TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TAS: trastorno de ansiedad por separación; FS: fobia social; PA: pánico/agorafobia; TP: trastorno del pánico; AG: Agorafobia; TOC: trastorno obsesivo – compulsivo; FE: Fobia específica; TEP: trastorno por estrés postraumático.

En reglas generales, se observa una comorbilidad a cualquier edad entre los trastornos de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente. A su vez se relaciona con la depresión mayor y con el consumo de alcohol o sustancias (ver tabla 9).
14,15

Tabla 9: Comorbilidad entre trastornos de la ansiedad y otras sustancias.

	Pánico	Fobia Social	TAG	TEP
Pánico	-	14%	24%	7%
Fobia social	20%	-	34%	28%
TAG	25%	27%	-	17%
TEP	9%	15%	13%	-
Abuso de Alcohol	54%	35%	37%	35%
Abuso de sustancias	43%	24%	27%	29%

Nota: TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TEP: Trastorno de estrés postraumático.

Otros estudios muestran que en la población general existe una comorbilidad significativa entre los trastornos de ansiedad y los episodios de depresión, el 40% de las personas con trastorno de la ansiedad generalizada son diagnosticadas de depresión mayor. (ver tabla 10)^{16,17}

Tabla 10: Rango de tasas de comorbilidad del T. de ansiedad Generalizada

	Porcentaje
Fobia Simple	21-55
Fobia Social	15-59
Depresión	8-39
T. Angustia (pánico)	10-26

En el caso de las personas mayores (>65 años), el 15.7% de las personas con sintomatología psiquiátrica presentaban sintomatología de ansiedad ¹⁸, destacando las fobias específicas con un 7,5 %. (ver tabla 11) ^{10, 19}

Tabla 11: Prevalencia de los trastornos de ansiedad en función del rango de edad.

Trastornos de Ansiedad - Prevalencia (%)				
	Edad			
	18-29	30-44	45-59	≥ 60
Trastorno de pánico	4.7	5.7	5.9	2.0
Agorafobia sin pánico	1.1	1.7	1.6	1.0
Fobia específica	13.3	13.9	14.1	7.5
Fobia social	13.6	14.3	12.4	6.6
Trastorno de ansiedad generalizada	4.1	6.8	7.7	3.5
Trastorno de estrés postraumático	6.3	8.2	9.2	2.5
Trastorno obsesivo – compulsivo	2.0	2.3	1.3	0.7
Trastorno de ansiedad por separación	5.2	5.1	-	-
Cualquier trastorno de ansiedad	30.2	35.1	30.8	15.3

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres (3:2), con inicio en sujetos jóvenes y se asocia con diversas comorbilidades, aunque los resultados no son concluyentes. ³

b. Manifestaciones de los trastornos de ansiedad (síntomas somáticos):

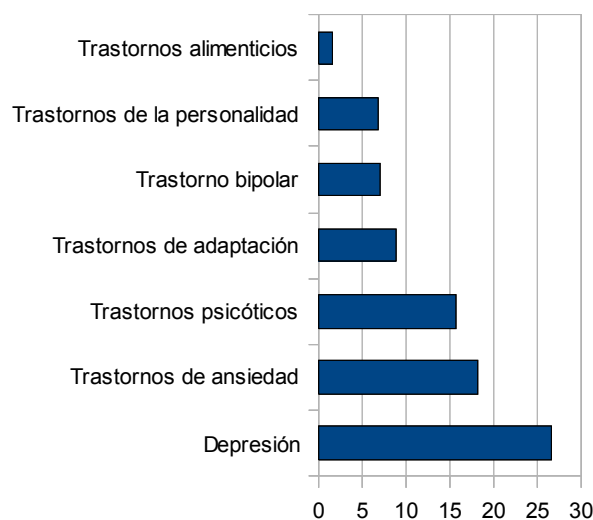
Diversos estudios señalan que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan mayor riesgo para algunas enfermedades somáticas que otros pacientes sin TA. Las variables más significativas son la cefalea (4.2 veces más de riesgo), la cardiopatía (3.9), las enfermedades osteoarticulares (3.8) y las enfermedades digestivas (2.0) (ver tabla 9) ^{7, 20}

Tabla 12: Prevalencia de enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad.

Prevalencia (%)		Prevalencia (%)	
Cardíacas	7.7	Osteomusculares	36.9
Hipertensión	12.3	Neurológicas	8.5
Respiratorias	6.9	Cefaleas	14.6
Digestivas	21.5	Endocrinometabólicas	13.1
Dermatológicas	7.7	Alergia	7.7
Genitourinarias	12.3	Dislipemia	6.9

En cuanto a las consultas psiquiátricas, los trastornos de ansiedad constituyen el segundo motivo más frecuente de consulta (18.2 %) (ver tabla 13) y casi uno de cada tres pacientes afectados de TA consulta por un motivo distinto a su diagnóstico principal.²¹

Tabla 13: Frecuencia de las consultas Psiquiátricas.



c. Intervenciones de enfermería:

En el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, enfermería, además de la observación y de la entrevista, pueden utilizar diferentes escalas como instrumento para conocer el grado y la existencia de ansiedad, como “The Hamilton Anxiety Rating Scale”.²²

No hay medicación o intervención que “cure” un trastorno de ansiedad. Sin embargo se puede controlar normalmente con éxito mediante psicoterapia y/o farmacoterapia. El tratamiento farmacológico de primera elección son los ISRS, seguidos de las benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos. Como tratamiento psicoterápico destacan las siguientes terapias: cognitivo-conceptual, terapias de exposición, técnicas de respiración y relajación y entrenamiento de las habilidades sociales.^{23, 5}

Estas actuaciones obtienen su fundamento en las aproximaciones teóricas que, como la teoría psicoanalítica, la teoría conductual, las teorías existenciales y el modelo biomédico, han intentado, de una u otra manera, dar una explicación a la ansiedad.⁹

5. CASO PRÁCTICO

María era una mujer de 40 años, educada en una familia de clase media con la que mantiene una buena relación. En la actualidad esta divorciada y tiene dos hijos (15 y 10 años), con los que convive. Su principal apoyo es su hermana mayor.

En cuanto a su formación, la paciente es licenciada en derecho y actualmente tiene una buena posición económica.

María acude a la consulta para hablar con su enfermera de familia, preocupada porque dice que está perdiendo la capacidad de concentración y tiene dificultades para centrarse en el trabajo. Es derivada para realizar una exploración médica y neuropsicológica en las que se descartó cualquier tipo de lesión orgánica que pudiera explicar sus deficiencias de concentración y amnésicas. No antecedentes familiares.

Durante la entrevista clínica preliminar con la enfermera, María manifestó de nuevo su preocupación sobre su falta de concentración, que no consigue sentirse tranquila, nerviosismo, muchas preocupaciones, afirma “no consigo controlar la situación”, incluso a menudo evitaba tomar cualquier tipo de decisión.

Entre sus preocupaciones destacan: su rendimiento en el trabajo, el bienestar y la salud de sus hijos, la relación con los hombres, la economía, etc. Para ella todo era catástrofe.

Destaca otro tipo de sintomatología: irritabilidad, dificultades para iniciar y mantener el sueño, cansancio durante casi todo el día, sequedad de boca, periodos de tensión muscular extrema. Todo esto le provocaba malestar y un impacto negativo en su vida social y familiar, “siempre estaba de mal humor”.

Su proceso de ansiedad y preocupación había afectado a su estado físico: hipertensión arterial, ligero sobrepeso, migrañas y diarreas ocasionales.

Participar en reuniones o hablar en público, le generaban niveles elevados de ansiedad y malestar, se sentía observada y evaluada por otros. Se le realiza la escala de ansiedad de Hamilton y da 15 puntos.

Valoración

1. Respiración: no existe alteraciones significativas. No fumadora.
2. Nutrición/Hidratación: dieta poco equilibrada, ligero sobrepeso. Hipertensión arterial. Sequedad de boca.
3. Eliminación: diarreas ocasionales y sudoración.
4. Movilización: expresión facial tensa, musculatura en tensión. Actividades de ocio y tiempo libre condicionadas por su trastorno ansioso.
5. Sueño y descanso: problemas de insomnio, fundamentalmente para conciliar el sueño y con despertares frecuentes. Sensación de sueño poco reparador, incapacidad de relajarse durante los periodos de descanso. Durante el día: nerviosismo, irritabilidad y cansancio. Migrañas.
6. Vestirse y desvestirse: no existen alteraciones significativas.
7. Termorregulación: no existe alteraciones significativas.
8. Mantener la higiene: no existe alteraciones significativas.
9. Seguridad: no existe alteraciones significativas.
10. Comunicarse con otras personas: evita asistir a reuniones sociales, le provoca ansiedad, se siente observada. Está de mal humor. Le preocupa la relación con los demás y con sus hijos.
11. Trabajar y realizarse: es abogada, últimamente no se concentra en su trabajo y evita nuevos casos laborales. Se siente una inútil. Le preocupa su economía.
12. Participar en actividades recreativas: se pasa la mayor parte del tiempo en casa sin hacer nada y al final se siente más nerviosa por no haber hecho nada, está

muy irritable y discute casi a diario con sus hijos, luego se tortura pensando que no es buena madre. Hace meses que no sale a divertirse.

13. Creencias y valores: Católica no practicante.

14. Aprender, descubrir y satisfacer las necesidades: No presenta ninguna inquietud por nada.

Diagnósticos:

1. Ansiedad.
2. Temor.
3. Alteración del patrón del sueño.
4. Deterioro en la interacción social.
5. Deterioro del patrón nutricional.
6. Diarrea.

Planificación:

1. Objetivos (NOC):

- Reconocer su propia ansiedad y sus patrones de adaptación o afrontamiento: controlar y disminuir la ansiedad.
- Autocontrol del miedo. Analizar las ventajas y desventajas de las opciones y su repercusión sociolaboral.
- Obtener un sueño reparador e identificar técnicas inductoras de sueño.
- Deberá establecer relaciones sociales afectivas.
- Adquirir conocimientos sobre un correcto estado nutricional.

2. Intervenciones (NIC):

- Aumentar el afrontamiento.
- Disminución de la ansiedad.
- Reestructuración cognitiva: manejo de pensamientos y emociones.
- Técnicas de relajación.
- Mejorar el sueño.
- Asesoramiento nutricional.

3. Actividades de enfermería:

Disminuir la ansiedad:

- Valorar el nivel de ansiedad. Proporcionar seguridad y bienestar. Escuchar con atención.
- Ayudar a la paciente a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar la resolución del problema.
- Analizar las situaciones que provocan ansiedad.
- Determinar las estrategias habituales de adaptación o de afrontamientos. Identificar valores y habilidades personales.
- Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que ha de experimentar.
- Sugerir estrategias: participar en algún ejercicio físico, baños calientes y masajes, técnicas de respiración y relajación muscular, entrenamiento en resolución de problemas y autocontrol, etc.
- Planificar con el paciente habilidades de adaptación para tratar futuras crisis de ansiedad.

Disminuir el temor:

- Ayudar al paciente a identificar situaciones que le produzcan temor y a favorecer su verbalización.
- Razonar conjuntamente la repercusión personal y sociolaboral de sus temores.
- Proporcionarle información sobre rutinas, procedimientos terapéuticos y conductas asertivas.

Fomentar el sueño:

- Enseñarle la importancia de mantener: ambiente relajado y tranquilo y limitar estímulos perturbadores.
- Enseñar métodos alternativos que favorezcan el descanso: baño caliente, ejercicio regular durante el día, un vaso de leche caliente...
- Enseñarle técnicas de relajación progresiva y control cognitivo.

Fomentar la interacción social:

- Programar actividades sociales que faciliten su participación.
- Valorar sentimientos de inseguridad o de incapacidad para la interacción social.
- Entrenar la asertividad y habilidades sociales.
- Incluir a sus apoyos principales (hermana mayor) en las estrategias: distracción, acompañamiento...

Educación nutricional:

- Pactar una dieta adecuada y equilibrada.
- Estabilidad de horarios y conductas.
- Estimular un ejercicio físico acorde a la edad y condición física.

Ejecución:

En consulta de enfermería se planifica junto con la paciente, las actividades anteriormente citadas y se le explica la importancia de su realización para que mejore su estado de salud.

Se cita a la paciente al mes, a los tres meses y a los seis meses para ver evolución.

La paciente se muestra con ganas de iniciar estas actividades cuanto antes.

Evaluación:

Un mes del comienzo del plan, se observo:

- Sus niveles de ansiedad se habían reducido considerablemente, afirma sentirse menos irritable y menos nerviosa.
- Comenta sentirse cómoda en el trabajo y capacitada para llevar las tareas de su casa y cuidar de sus hijos.
- Todas las mañanas sale a caminar con unas amigas y se ha propuesto llevar a cabo una alimentación más sana.
- Su sueño es más reparador, no necesita medicación y se siente menos cansada durante el día.

6. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio era conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad, sus principales síntomas somáticos, terapias, tratamientos e intervenciones enfermeras y la elaboración de un plan de cuidados.

Entre los resultados destaca la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en toda la población, tanto jóvenes como adultos, siendo más elevada en mujeres que en hombres. A su vez, los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia son las fobias y los trastornos de ansiedad generalizada.

Es necesario conocer los principales síntomas somáticos de los trastornos de ansiedad, en esta caso, cefaleas, cardiopatías y enfermedades osteoarticulares y digestivas, ya que cada vez son más los pacientes que acuden a atención primaria o a urgencias con esta sintomatología, por ello es muy importante la formación de enfermería tanto en la observación y diagnóstico como en el posterior seguimiento del paciente (cuidados, terapia y tratamiento).

A pesar de tener unos conocimientos previos sobre este tipo de trastornos, que se han estudiado en la asignatura de Salud Mental, considero que gracias a este estudio he ampliado dichos conocimientos y he adquirido otros nuevos. Así, he podido conocer la evolución y la prevalencia de los trastornos de ansiedad, las actividades e intervenciones de enfermería y también las nuevas terapias.

Durante el desarrollo de este trabajo, he tenido que integrar conocimientos impartidos en las materias de enfermería basada en la evidencia y otros contenidos de metodología enfermera, de manera que me aproximan al ejercicio de la profesión.

7. CONCLUSIONES

La aportación fundamental de esta revisión era poner de manifiesto la prevalencia de los trastornos de ansiedad, así como su somatización, terapias, tratamientos e intervenciones enfermeras, habiéndose detectado que:

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una alta prevalencia en la sociedad, siendo mayor en mujeres.

Entre sus principales síntomas somáticos destacan las cefaleas y las cardiopatías.

En su diagnóstico enfermería juega un papel importante, apoyándose en la observación y la entrevista. De la misma manera, que participa en la prevención del trastorno, identificando manifestaciones que indiquen el inicio del proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. Escamilla I. Trastornos de la ansiedad. *Medicine*. 2011;10(85):5725-33
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:445-51
3. Sicras A, Blanca M, Navarro R, Pizarro I, Gómez S. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008; 40(12):603-10
4. Orgilés M, Méndez X, Espada JP, Carballo JL, Piqueras JA. Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc)*. 2012; 5 (2): 115-20
5. Martínez S, Sáiz PA, García-Portilla MP. Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano extra de octubre 2008 n° 1714*. www.jano.es
6. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson; 2000.
7. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130 (8): 281-5.
8. Rigol C. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. Barcelona. Masson. 2003
9. Stuart G. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid. Elsevier, 2006.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602

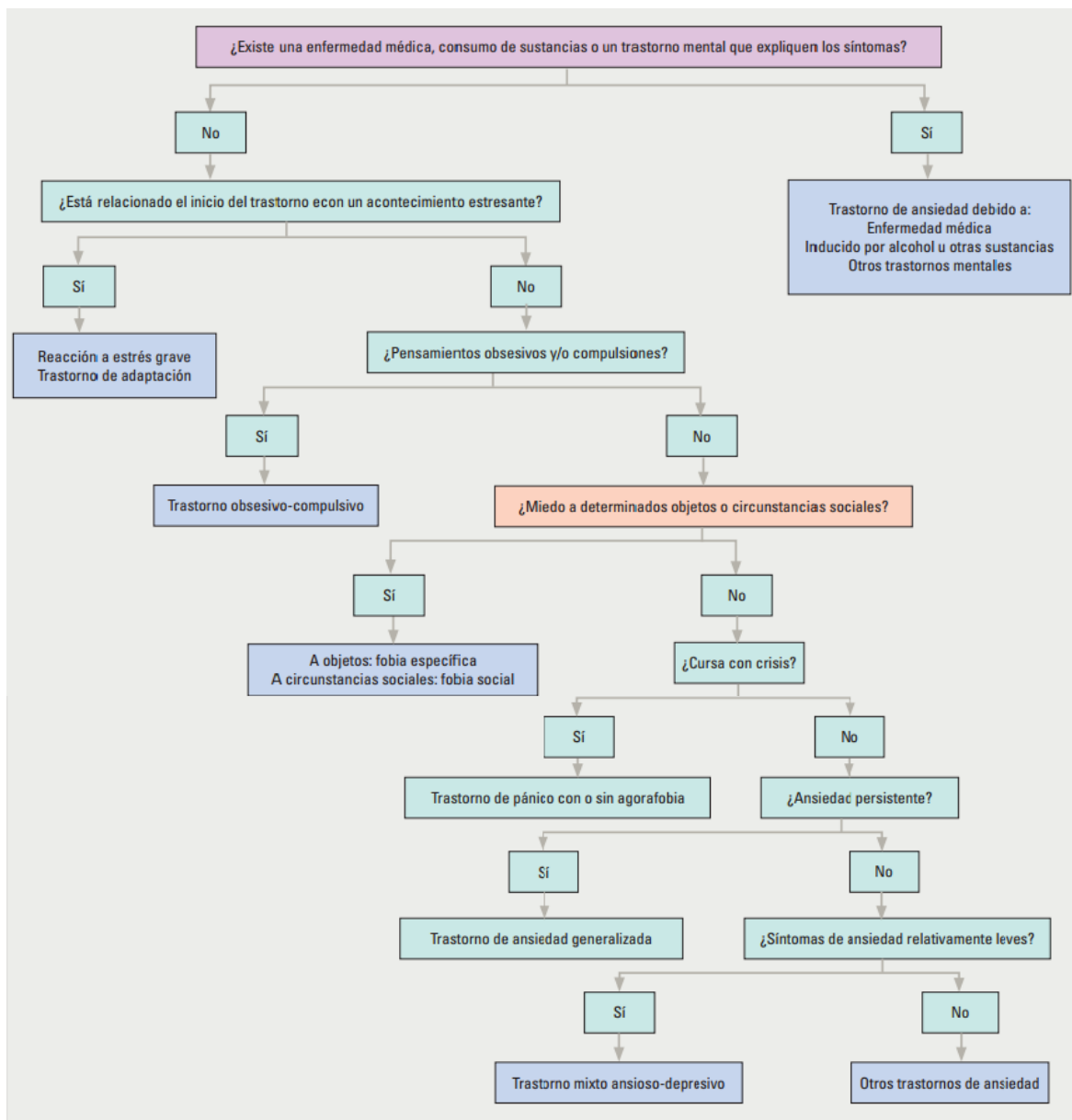
11. Gutiérrez M, García C, Prieto R, Gutiérrez I. Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Esp Psiquiatr.* 20011;39(6):349-55.
12. Aláez M, Martínez R, Rodríguez C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema.* 2000;12(4): 525-32
13. Leyfer O, Gallo K, Cooper-Vince C, Pincus D. Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders.* 2013;27:306-11
14. Corine de Ruiter, MA, Hanneke MA. Comorbidity Among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety disorders.* 1989;3: 57-68
15. Bousoño M, Jiménez L. Comorbilidad del trastorno de ansiedad Generalizada. 2005; vol 17.
16. Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive processes of generalizad anxiety disorder in comorbid genealized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 2008;22:505-14
17. Meron A, Tat W, Roy-Byrne P, Stang P, Stein D, Wittchen HU, et al. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associatrions with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Anxiety Disorders.* 2007;21:662-76.
18. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Barros A, Quintana C, et al. Detecting psychogeriatric problems in primary care: factors related to psychiatric symptoms in older community patients. *Mental Health in Famili Medicine.* 20011;8:11-19
19. Montorio I, Nuevo R, Losada A, Márquez M. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina.*2001; vol. 12, nº 1.

20. Joormann J, Söber J. Somatic Symptoms of Generalized Anxiety Disorder from the DSM-IV: Associations with pathological worry and depression Symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Anxiety disorders*.1999;13(5):491-503.
21. Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Clinical prevalence and reason for visit of patients with generalized anxiety disorder seen in the psychiatry out-patient clinics in Spain. Results of the LIGANDO study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(1):17-20.
22. Cano A, Concepto de enfermeda psiquiátrica. *Medicine*. 2011;10(84):5663-9.
23. McGrandles A, Duffy T. Assessment and tratment of patients with anxiety. *Nursing Standard*. 2012;26(32):48-56.
24. Granados G, Sánchez M. *Enfermería en salud mental*. Madrid. Editorial universitaria Ramón Areces, 2011.

ANEXOS

**ANEXO I: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.



ANEXO II: HIGIENE DEL SUEÑO

Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos del sueño y romper con la creencia de que “estos factores ni me afectan ni son importantes”.

Medidas de higiene del sueño:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
3. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
5. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrado a ello, tomar algo ligero antes de la hora de acostarse (por ejemplo, galletas, leche o queso), no tomar chocolate, grandes cantidades de azúcar y líquidos en exceso. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
9. Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno.

Para pacientes mayores tener en cuenta además:

1. Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.
2. Pasar tiempo al aire libre y disfrutar de la luz solar.
3. Caminar y hacer ejercicio en la medida de sus posibilidades, pero no cerca de la hora de acostarse.
4. Tener en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño. Los estimulantes a la hora de acostarse y los sedantes durante el día pueden afectar de forma desfavorable al sueño.

**ANEXO III: MANEJO DE PENSAMIENTOS Y
EMOCIONES**

Manejo de pensamientos y emociones

La reestructuración cognitiva es una técnica que sirve para disminuir o eliminar reacciones negativas no deseadas. La teoría sobre la que se basa es que no son las situaciones o los acontecimientos los que causan estados de ansiedad, depresión, irritabilidad o estrés, sino que son los pensamientos que tenemos sobre los sucesos de nuestra vida los responsables de las emociones.

Cada ser humano, dependiendo de su experiencia biográfica, desarrolla unos esquemas básicos sobre sí mismo, el mundo y el futuro (ejemplos: "soy débil" "tengo que agradar a todo el mundo") que le van a hacer interpretar y valorar los acontecimientos de una forma propia.

Esta valoración personal de los acontecimientos incluirá dos tipos de pensamientos:

- **Racionales**, interpretan los sucesos de forma real, ayudan a resolver bien los problemas.
- **Irracionales**, basados en lógicas irreales para el momento actual, también llamados errores de razonamiento o pensamientos distorsionados.

En ocasiones los problemas de ansiedad se desencadenan o mantienen gracias a determinados **pensamientos automáticos negativos** que experimenta un individuo en una situación determinada.

Los **pensamientos negativos o irracionales** se caracterizan por ser:

- **Automáticos**. Aparecen en la conciencia sin ningún esfuerzo por parte de quien los experimenta, no son producto del razonamiento deliberado.
- **Involuntarios**. No se eligen, son difíciles de eliminar si no se usan determinadas técnicas cognitivas.
- **Plausibles**. Se aceptan como hechos consumados y no se cuestionan.
- **Negativos**. Están constituidos por juicios negativos y críticos respecto a nuestras características, acciones, pensamientos o sentimientos. Producen emociones negativas como la ansiedad o depresión, impiden crecer a nivel personal y disfrutar de la vida.
- **Distorsionados**. Basados en lógica errónea. Desarrollados a lo largo de la vida son tan consustanciales a la persona que no se es consciente de los mismos.

Existen varios tipos de pensamientos distorsionados o errores de razonamiento derivados de una errónea interpretación de la realidad. He aquí algunos de los más comunes:

- **Personalización**. Se asume responsabilidad en un acontecimiento negativo donde no existen bases para hacerlo. "Si yo no hubiera dicho o hecho tal cosa no hubiera sucedido aquello". Es fuente importante de culpa.
- **Sobregeneralización**. De un único suceso se sacan conclusiones permanentes. Se suele nombrar con los adverbios: nunca, siempre, todo. Después de suspender la primera vez un examen: "Nunca lo voy a aprobar".
- **Pensamiento polarizado**. Se clasifican todas las experiencias en términos extremos y opuestos. Todo o nada, éxito o fracaso, útil o inútil, bueno o malo, etc.
- **Pensamiento debería/debo**. Mantener reglas rígidas sobre como deben de suceder las cosas de manera exigente "Debo de..." "Tengo que..." "No debo de..."
- **Magnificación**. Hacer una montaña de un grano de arena.
- **Minimización**. Infravalorar los éxitos.
- **Filtro Mental**. Quedarse en los aspectos negativos de una situación y no contemplar los positivos. Un hijo se independiza y la madre o el padre sólo piensa que va a comer peor, va a gastar más dinero y no piensa en el deseo de autonomía del hijo, por ejemplo.
- **Interpretación del pensamiento**. Suponer las razones o intenciones de los otros sin prueba alguna: "Esto lo dice por..." "Eso lo hace por..."
- **Adivinación**. Hacer una predicción de futuro sin base "seguro que mi hijo mañana se pone enfermo".
- **Razonamiento emocional**. Pensar que lo que sentimos es lo que ocurre: "Estoy triste, pues el acontecimiento es triste".

- **Etiquetar globalmente.** Confundir una acción con el valor general de la persona. En lugar de pensar "he cometido un error", "he hecho una estupidez", se piensa "soy un fracaso", "soy un estúpido".

De entre todas ellas, las que conllevan las expresiones: "debería de...", "tengo que...", "esto es un desastre...", "no tiene remedio...", "siempre..." son las más dañinas.

Manejo de los pensamientos negativos automáticos

Pasos a seguir:

1. Ante una emoción o sentimiento negativo, detenerse y preguntarse: ¿Qué me estoy diciendo a mí mismo?
2. Identificar los pensamientos negativos. En ocasiones pueden no ser pensamientos sino imágenes.
3. Desafío o cuestionamiento de los mismos. Claves para el desafío: ¿Tengo la certeza de esto? ¿Existen otras explicaciones?
4. En este momento surgen las respuestas objetivas y razonables, es decir los nuevos pensamientos.

Ejemplo. Mujer que experimenta ansiedad moderada intensa cada vez que tiene invitados a comer, lo cual le hace restringir este tipo de actos, a pesar de que es algo que le gusta.

- **Pensamientos negativos:** "Debería tener la casa mejor", "No soy buena cocinera".
- **Desafío:** aprender a cuestionar la lógica de las creencias irracionales. ¿En qué se basa para pensar que la casa debe estar mejor?, ¿es tan importante que no cocine bien como para no disfrutar de los invitados?
- **Posible pensamiento alternativo o creencias racionales:** "La casa no está tan mal", "Se puede comer lo que guiso", "Lo importante es estar con los amigos, familiares", etc.
- **Poner en marcha una nueva conducta:** organizar una comida con invitados.
- **Valorar el resultado, los efectos deseables:** afectivo (sentirse menos ansioso o deprimido), conductual (mejora de las competencias: "voy a organizar una nueva cena") y cognitivo (cambio de actitud: "hay que repetir, se puede mejorar").

Distracción del pensamiento

En ocasiones las personas se encuentran enzarzadas en pensamientos que no conducen a nada positivo, salvo a aumentar el cansancio, la preocupación y conviene distraerse de ellos.

A veces, cuando surgen las primeras manifestaciones de la ansiedad, el pensamiento se centra en ellas "estoy temblando, sudando, etc.", y este pensamiento no hace sino aumentar la ansiedad.

Hay diferentes estrategias de distracción:

1. Concentrarse en lo que está pasando alrededor, usando uno o más sentidos para captar la atención:
 - **Usar la vista:** observar minuciosamente colores, dibujos de una pared, gente del entorno.
 - **Escuchar atentamente:** conversaciones de los demás, ruidos de fondo, etc.
 - **Sentir las texturas:** tocar alguna tela, papel, el volante si se va conduciendo, etc.
 - **Saborear y oler,** por ejemplo un chicle.
2. Practicar ejercicios mentales que requieren concentración: ejercicios de cálculo aritmético, precio de la compra, recordar un poema o la letra de una canción, etc.
3. Actividad física, tanto en forma de deporte, como en actividades habituales: alguna tarea de casa, sacar el perro, etc.
4. Concentrarse en la respiración: ahora entra el aire..., ahora sale/ahora entra el aire... ahora sale.
5. Utilizar una fórmula de centrarse en el presente, el aquí y el ahora: "Ahora estoy haciendo esto y sólo voy a hacer esto..."

Manejo de las emociones

Según el diccionario emoción es: un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consecuencia de impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, la cual produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto emocionado, y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión. Etimológicamente quiere decir "moverse hacia..."

La podemos entender como una tendencia innata y automática de nuestro organismo.

Son unas respuestas biológicas que heredamos y nos ayudan a sobrevivir. Las emociones básicas son: ira, tristeza, miedo, alegría, amor, sorpresa, aversión, vergüenza, enojo.

La emoción surge en el punto de encuentro entre cuerpo y mente, es la forma de mente más primitiva que tenemos las personas. Tenemos, por así decirlo, una mente regida por la cabeza que es consciente, más pensativa y más reflexiva, y otra regida por el corazón más impulsiva y más poderosa que es de donde surgen las emociones y se pone en funcionamiento sin detenerse ni un instante a considerar lo que está haciendo.

Las emociones se comportan de la siguiente manera: una parte del cerebro valora constantemente los acontecimientos según las necesidades y deseos de la persona, generando acción, un movimiento. Si la necesidad o deseo se ve satisfecho se experimentan emociones positivas (alegría..), si la persona se siente amenazada surgen las llamadas negativas (enojo, miedo), si hay una pérdida tristeza. Las emociones son los motores más importantes de nuestro comportamiento, ese movimiento que se manifiesta en el sistema muscular (tiritar, tensar la espalda), su dirección está determinada por el sistema hormonal (adrenalina, noradrenalina).

Los sentimientos son indispensables para la toma racional de decisiones, nos orientan hacia la conclusión mejor que la fría lógica, nos ayudan a desechar algunas opciones y coger otras.

El recurso necesario para el manejo emocional es la atención consciente. Observar una emoción es como observar o escuchar un pensamiento, la diferencia es que el pensamiento está en el cerebro y la emoción en el cuerpo.

Hemos de aprender:

1. Identificar y en la medida de lo posible etiquetar los sentimientos.
2. Expresarlos como son con creatividad y de forma imaginativa (a través del cuerpo).
3. Expresarlos sin hacernos daño, y sin hacer daño a los demás.
4. Reducir el estrés.

Habilidades sociales tales como: comunicar, escuchar, manejar el conflicto, toma de decisiones... también nos ayudan en el manejo saludable de las emociones.

Apuntes para la ayuda del profesional sanitario

- La presencia del profesional es importante cuando la persona está expresando las emociones. Ese estar presente quiere decir que toda nuestra atención debe estar en el "aquí y ahora".
- La sinceridad y la transparencia son cualidades a desarrollar por los profesionales.
- Facilitar la expresión por medio de la atención consciente, el silencio y la escucha activa. Otras cosas con las que el paciente se sienta cómodo: pañuelos, sillas cómodas, cojines, etc.
- Hemos de acogerlo sin que la emoción interfiera con la nuestra propia (es importante que los profesionales de la salud aprendamos a manejar nuestras propias emociones, las surgidas en la consulta, en otro espacio y tiempo, posponiendo su descarga y a menudo con ayuda de otras personas).
- Se precisa de una atención consciente para no proyectar, no mezclar, lo que me está ocurriendo con lo que le ocurre a la otra persona.
- El facilitar la expresión de las emociones no precisa de respuestas, sino de permiso, acompañamiento, catalización y, a veces, contención.

Auto-registro

Puede ser de utilidad algún tipo de auto-registro que incluya estos elementos:

- **Situación o acontecimiento:** dónde estabas, con quién, cómo sucedieron los hechos.
- **Cómo me siento (emoción):** ansioso, triste, con miedo, avergonzado, etc.
- **Qué pensamientos o imágenes** me vinieron a la cabeza.
- **Desafío:** ¿qué evidencia tengo a favor? ¿y en contra? ¿se ajustan a la realidad?
- **Nuevos pensamientos:** ¿me los creo?
- **Consecuencias:**
 - A nivel afectivo. Como me siento.
 - A nivel cognitivo. Como pienso.
 - A nivel conductual. Si hay cambio de conducta.

ANEXO IV: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** 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

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
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, cefaleas de tensión, piloerección (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, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	