



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“VISITAS MÉDICAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE IESS AMBATO”

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Campaña Mosquera, Marco Xavier

Tutora: Ps.Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena

Ambato - Ecuador

Julio 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de Trabajo de Investigación sobre el tema: “**VISITAS MÉDICAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE IESS AMBATO**” de Marco Xavier Campaña Mosquera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo de 2015

LA TUTORA

.....
Ps.Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**VISITAS MÉDICAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE IESS AMBATO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, recomendaciones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de trabajo de grado.

Ambato, Mayo de 2015

EL AUTOR

.....
Campaña Mosquera, Marco Xavier

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este trabajo de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo de 2015

EL AUTOR

.....
Campaña Mosquera, Marco Xavier

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“VISITAS MÉDICAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO”**, de Marco Xavier Campaña Mosquera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio 2015

Para su constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A 1er vocal 2do vocal

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios y a mis padres por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes expectativas y sobre todo felicidad. A mi familia y amigos por estar siempre a mi lado y por su apoyo incondicional.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores, por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Carrera de Psicología Clínica y a cada uno de los docentes y autoridades, con los cuales tuve el honor de compartir cada uno de mis objetivos cumplidos durante el transcurso de mi preparación superior.

Xavier Campaña M.

DEDICATORIA

No existe más que dos reglas para escribir:

Tener algo que decir y decirlo

Oscar Wilde (1854-1990)

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría dedicar este trabajo, ya que me han acompañado en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo, otras están en mis recuerdos y en el corazón.

Dedico esta tesis a mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión y amor. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A Dios por guiarme y darme fuerzas para no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades.

Y a una persona muy especial que la llevo siempre en mi mente y corazón, quien durante toda la carrera supo motivarme y apoyarme.

Xavier Campaña M.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 TEMA.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 Contextualización	2
1.2.2 Análisis Crítico	7
1.2.3 Prognosis.....	8
1.2.4 Formulación Del Problema.....	9
1.2.5 Preguntas Directrices	9
1.2.6 Delimitación.....	9
1.2.6.1 Campo De Conocimiento	9
1.2.6.2 Delimitación Espacial	9
1.2.6.3 Delimitación Temporal.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	15

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	16
2.3 FUNDAMENTO LEGAL	17
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	22
2.4.1 Categorías fundamentales	25
2.4.1.1 Pediatría.	25
2.4.1.2 Hospitalización.	26
2.4.1.3 Visitas Médicas.....	30
2.4.1.4 Alteraciones Afectivas.....	30
2.4.1.5 Trastornos Afectivos Cuantitativos.	31
2.4.1.6 Ansiedad.	33
2.5 HIPÓTESIS	82
2.5.1 Hipótesis Alterna H1	82
2.5.2 Hipótesis Nula H0.....	83
2.6. VARIABLES.....	83
CAPÍTULO III.....	84
MARCO METODOLÓGICO	84
3.1. ENFOQUE	84
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	84
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	85
3.3.1. Exploratorio.....	85
3.3.2. Descriptivo.....	85
3.3.3. Explicativo	85
3.4. POBLACIÓN	85
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	86
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	90
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	91
CAPÍTULO IV.....	92
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	92
4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	92
4.1.1 Análisis e interpretación de la variable independiente	92
4.1.2 Análisis e interpretación de la variable dependiente	93
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	96

CAPÍTULO V	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
5.1 CONCLUSIONES.....	100
5.2 RECOMENDACIONES	101
CAPÍTULO VI.....	102
PROPUESTA.....	102
6.1. DATOS INFORMATIVOS	102
6.1.1 TEMA	102
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA	102
6.1.3 BENEFICIARIOS	102
6.1.4 UBICACIÓN	103
6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN	103
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE	103
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	103
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	103
6.4 OBJETIVOS.....	104
6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA.....	104
6.6 METODOLOGÍA	113
6.7 RECURSOS	116
6.7.1 Recursos Institucionales	116
6.7.2 Recursos Humanos	116
6.7.3 Recursos Físicos	116
6.7.4 PRESUPUESTO.....	116
6.7.5 CRONOGRAMA.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
BIBLIOGRAFÍA.....	118
LINKOGRAFÍA.....	120
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.....	123
ANEXOS	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1: Características de ambos sistemas de clasificación.	76
Tabla No 2: Crisis de angustia (panic attack)	77
Tabla No 3: Agorafobia	77
Tabla No 4: Fobia Específica	78
Tabla No 5: Fobia Social.....	78
Tabla No 6: Trastorno obsesivo-compulsivo.	79
Tabla No 7: Trastorno por estrés postraumático.	80
Tabla No 8: Trastorno por estrés Agudo.....	80
Tabla No 9: Trastorno de ansiedad generalizada.	81
Tabla No 10: Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.	82
Tabla No 11: Operacionalización de la Variable Independiente	87
Tabla No 12: Operacionalización de la Variable Dependiente	89
Tabla No 13: Visitas Médicas.	92
Tabla No 14: Resultados de Los Niveles de Ansiedad.	94
Tabla No 15: Resultados globales.....	95
Tabla No 16: Frecuencias Observadas	97
Tabla No 17: Frecuencias Esperadas	97
Tabla No 18: Calculo del Chi cuadrado	98
Tabla No 19: Prueba del Chi cuadrado	99
Tabla No 20: Metodología	115
Tabla No 21: Presupuesto	116
Tabla No 22: Cronograma.....	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No 1: Árbol de Problemas	6
Gráfico No 2: Categorías Fundamentales	22
Gráfico No 3: Constelación de ideas de la Variable Independiente.....	23
Gráfico No 4: Constelación de ideas de la Variable Dependiente.....	24
Gráfico No 5: Número de Visitas Médicas	93
Gráfico No 6: Niveles de Ansiedad	95
Gráfico No 7: Resultados Globales.....	96
Gráfico No 8: Comparación del Chi-Cuadrado Prueba con el Chi-Cuadrado.....	99

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“VISITAS MÉDICAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE IESS AMBATO”

Autor: Campaña Mosquera, Marco Xavier

Tutora: Ps.Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena

Fecha: Abril, 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo determinar la influencia de la visita médica en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato, esta investigación parte desde las respuestas negativas de los niños ante el personal médico, lo cual hace que el trabajo de los profesionales de la salud se vea obstruido.

Se observó y registro la frecuencia y numero de visitas que realiza el médico al paciente, para luego con la aplicación del reactivo psicológico identificar los niveles de ansiedad que presentaban los niños.

Dentro del aspecto psicológico se hizo énfasis en la atención a los niños que presentan conductas que no permiten realizar la labor que desempeña el médico, así se busca determinar los niveles de ansiedad en el niño que se desencadena en cada visita médica, esto con el fin de poder ofrecer una solución a las mismas así como plantear acciones para prevenirlas y manejarlas.

Se comprobó la hipótesis que menciona que el número de visitas médicas se encuentran interfiriendo en el bienestar emocional del niño provocando síntomas ansiosos, siendo los niveles de ansiedad altos los más predominantes en los niños que se encuentran internados en el Hospital del IESS.

Tomando en cuenta la problemática antes mencionada, se implementó un plan terapéutico para disminuir los niveles de ansiedad que presentan los niños y se recomienda brindar asesoría psicológica a los pacientes durante el tiempo que se

encuentren hospitalizados, así como también la realización de campañas de prevención a favor de la disminución de los niveles de ansiedad, creando conciencia de lo importante de estas a favor del desarrollo integral del niño.

Se realizó el plan terapéutico con un enfoque de prevención primaria para mediante este método lograr y demostrar la reducción de los niveles de ansiedad, ocasionados durante su estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, CONDUCTA, HOSPITALIZACIÓN, PEDIATRÍA, PREVENCIÓN, VISITAS_MÉDICAS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES FACULTY
CLINICAL PSYCHOLOGY CARRER

“MEDICAL VISITS AND ITS INFLUENCE ON THE ANXIETY OF CHILDREN HOSPITALIZED IN THE AREA OF PEDIATRIC HOSPITAL IESS AMBATO”

Autor: Campaña Mosquera, Marco Xavier

Tutora: Ps.Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena

Date: April 2015

ABSTRACT

This research work was to determine the influence of medical visits in the anxiety of children in the pediatric area form IESS Ambato hospital, this research starts from the negative responses of children to the medical personal, which makes the work of professionals health is obstructed.

Was observed and recorded the frequency and number of visits made by the doctors to the patient, then the application of reactive psychological, can identify levels of anxiety had children.

Within the psychological aspect, I made emphasis on the care of children with behaviors that do not allow the work performed by the doctor is done, so is to determine the levels of anxiety in the child triggered at each medical visit, this in order to offer a solution to them and propose actions to prevent and manage them.

I check the hypothesis that states that the number of medical visits are interfering with the child's emotional well causing anxiety symptoms, levels being the most prevalent high anxiety in children who are hospitalized in the IESS Ambato Hospital.

Considering the above problems, I propose a treatment plan for reduce anxiety's levels having children and recommended providing counseling to patients during the time they are hospitalized, as well as conducting prevention campaigns for

decreasing anxiety levels, raising awareness of the importance of these to integral development of children.

The therapeutic plan will be made with a focus on primary prevention by this method to achieve and demonstrate reduced levels of anxiety, caused during their hospital stay.

KEYWORDS: ANXIETY, BEHAVIORS, HOSPITALIZED,
MEDICAL_VISIT, PEDIATRIC, PREVENTION.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización de un niño, el cambio de su hogar a una sala de recuperación hace que el niño muestre una reacción a lo que él desconoce siendo para él un ambiente hostil en el cual se presenta la ansiedad como síntomas, todo lo que conlleva la hospitalización como la enfermedad orgánica, hace que este sujeto a reglas y horarios que no está acostumbrado, así como el contacto con gente desconocida y que considerando la gravedad de la enfermedad que padece las curaciones y la administración del medicamento por parte de las enfermeras.

Es de conocimiento general que en un hospital, el área de pediatría es muy concurrida por niños y distintas dolencias, el aislamiento y horarios de visitas, la administración de medicamento genera tensión emocional tanto a lo desconocido como al dolor que puede ocasionar, respondiendo con llanto berrinches o conductas agresivas en contra del personal médico impidiendo que puedan realizar su trabajo y la recuperación del mismo.

Se planteó establecer si existía la influencia de la visita que realiza el médico para el chequeo de la evolución y recuperación del paciente con los niveles de ansiedad que presenta el niño, para comprobar esta hipótesis se aplica un reactivo el cual proporciona datos de dos escalas independientes de evaluación como lo son: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo, así como la realización de una ficha de registro para la obtención de datos sobre las vistas médicas, información necesaria para realizar la relación con datos numéricos entre las variables, ficha que fue revisada y validada para su fin.

Al final proporciono una solución para la problemática investigada, la cual se aplicará y reposará en la institución como mecanismo psicotécnico de bibliografía y consulta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA:

Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1 Contextualización:

La Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2009), define al accidente como un acontecimiento no premeditado, que produce daño o lesión reconocible o visible, corporal o mental. Se estima que en América del Sur, por cada niño que muere por accidente, 45 son hospitalizados por las mismas causas, 1300 requieren asistencia en un servicio de urgencia y alrededor de 2600 son tratados en su propio hogar y no consultan a un médico.

Por lo que se puede decir que en muchos de los casos la estadía hospitalaria es capaz de hacer que los niños presenten muchos síntomas de trastornos de Ansiedad, teniendo que ser tratados durante la estadía y después por un profesional en salud mental (OMS, 2009).

La Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009), en sus estudios epidemiológicos realizados en el último decenio muestra que la carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en

función de la discapacidad en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2%. A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales. En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la Región durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7%.

La UNICEF (2012), establece que en Ecuador, más del 40% de todas las hospitalizaciones son de niños menores de 5 años, hecho que es capaz de marcar un recuerdo en la vida del niño que de no ser debidamente manejado puede que comprometa y ocasione ciertos trastornos.

Se considera que dentro del país al menos el 25% de niños de 1 a 6 años deben ser hospitalizados al menos una vez en su vida por distintos motivos, encabezándolos las enfermedades respiratorias, seguido por las digestivas y en muchos de los casos enfermedades o trastornos físicos hereditarios o congénitos (UNICEF, 2012)

El INEC (2012), presenta una Base de Datos de Egresos hospitalarios en cual presenta el número de ingresos y egresos hospitalarios de niños de 1 a 4 años de edad a nivel de País con un total de 64. 352.

En la provincia de Tungurahua se obtiene un total de 2.439 niños ingresados en las instituciones hospitalarias (INEC 2012).

En la provincia de Azuay 3.309, en Bolívar 600, en Cañar 1.482, en el Carchi 391, en Cotopaxi 1.669, Chimborazo 1.835, en El Oro 3.089, en Esmeraldas 1.610, en

Guayas 17.501, en Imbabura 1.716, Loja 1.953, los Ríos 3.287, Manabí 7.473, Morona Santiago 1.519, Napo 783, Pastaza 792, Pichincha 8.095, Zamora Chinchipe 557, Sucumbíos 563, Orellana 367, Santo Domingo de los Tsáchilas 1.552, Santa Elena 1.583, Exterior 57 y Zona no delimitada 10.

Presenta también el número de egresos hospitalarios a causa de trastornos fóbicos y otros trastornos por ansiedad, con un total de 863 casos registrados; según provincia de residencia habitual en el Año 2012 presenta en la provincia de Tungurahua 61 casos, en Azuay 23 casos, Bolívar 1 caso, Cañar 4 casos, Carchi 2 casos, Cotopaxi 19 casos, Chimborazo 23 casos, El Oro 22 casos, Esmeraldas 18 casos, Guayas 126 Casos, Imbabura 75 casos, Loja 38 casos , Los Ríos 5 casos, Manabí 64 Casos, Morona Santiago 11 Casos, Napo 2 Casos, Pastaza 2 casos, Pichincha 346 casos, Zamora Chinchipe 5 casos, Orellana 1 caso, Santo Domingo de los Tsáchilas 12 casos, Santa Elena 3 casos.

El Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) en el Ecuador (2008). Establece que de los pacientes ingresados a los hospitales psiquiátricos apenas el 35% son menores de 17 años.

El hospital del IESS Ambato (2010), durante el año 2010 atendió a 11. 000 niños. Se realizan 13.000 atenciones pediátricas a pacientes de entre 5 y 14 años por el área de Emergencia, los especialistas de pediatría en traumatología, cirugía y cardiología, etc. realizan unas 655 cirugías mensuales. Actualmente las cifras han ido en aumento ya que las nuevas disposiciones hacen que el hospital abra las puertas también a personas no afiliadas complementando la atención general.

Se tiene que complementando a esto, al menos un 25% de los niños hospitalizados necesitan, al final y durante su tiempo de haber sido internados, asistencia psicológica que les ayude por una parte a mejorar y aclarar sus dudas acerca de las dolencias presentadas (IESS 2010).

En las principales ciudades del país correspondiendo los datos a la ciudad de Quito, Guayaquil y Cuenca, el mayor porcentaje de diagnósticos de los pacientes ingresados a los cinco hospitales psiquiátricos es el de esquizofrenia (38%) seguido del de trastornos del estado de ánimo (17%) y el más bajo el de trastornos de la personalidad. En los pacientes atendidos en consulta externa en los mismos hospitales, el 25% son menores de 17 años, en relación al sexo existe un ligero predominio de los varones (51%), el diagnóstico más frecuente es de trastorno del estado de ánimo (25,7%), seguido del de esquizofrenia (21,7%) (Tabla # 4) Los pacientes ingresados durante el año 2006 a los hospitales psiquiátricos en su gran mayoría fueron mayores de 17 años (97%). Los hombres ocupan el 52% frente al 48% de las mujeres (IESM-OMS. 2008).

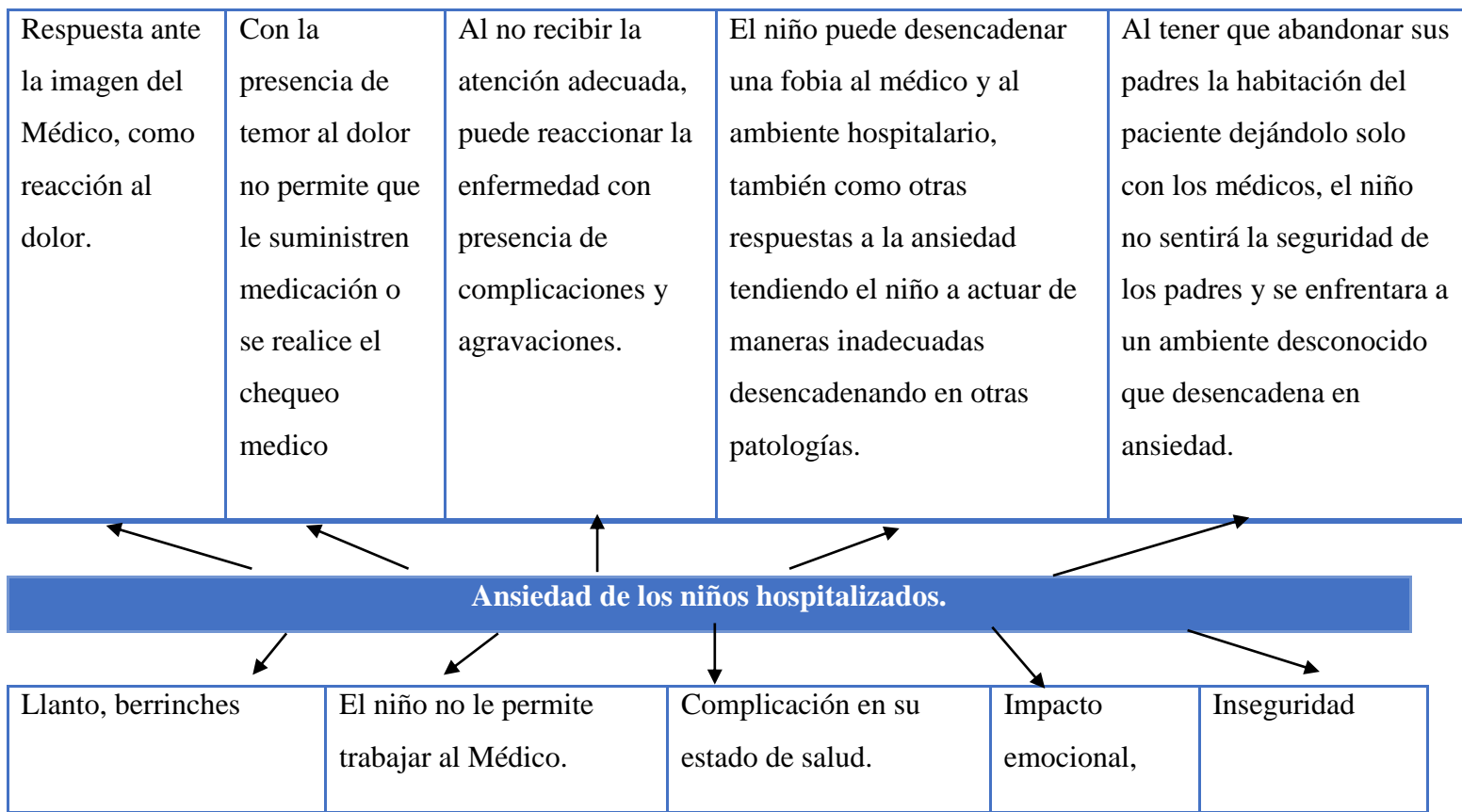


Gráfico No 1: Árbol de Problemas

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

1.2.2 Análisis Crítico:

El ambiente hospitalario y las visitas médicas en los cuales se incluye la intervención de las enfermeras y las diferentes atenciones que deben tener al cuidado de un menor, hacen que exista una alteración emocional que repercute en el paciente, lo que puede causar una respuesta negativa durante la estancia del niño en el área hospitalaria.

La reacción del niño a lo desconocido cuando este es internado en un ambiente hospitalario totalmente contrario a su hogar, en el cual tiene que estar sujeto a varias reglas del instituto bajo atención médica, entre ellos el permanecer en estado de aislamiento y horarios de visitas de sus familiares, la administración de medicamentos que se lo puede realizar por vía enteral y parenteral, lo que genera en el niño tensión a lo desconocido y al dolor que puede ocasionar, respondiendo con llanto, berrinches y también impidiendo que el personal médico realice su trabajo; conllevando a métodos hostiles obligándolo a soportar el dolor y el temor causado por una persona desconocida y en otras circunstancias llegando hasta la amenaza de su parientes para luego del impacto tratar de disminuir los niveles de ansiedad de maneras momentáneas sin conseguir un patrón en el cual se mantenga la estabilidad emocional.

En presencia de los síntomas ansiosos como respuesta a situaciones desagradables, durante y después de su completa recuperación médica, pueden repercutir en otras áreas y ambientes como el familiar, escolar y social. Si el niño tuviese que acudir a un médico nuevamente, por el impacto ocasionado durante la estadía en el hospital, no va a querer ser atendido, en otras circunstancias desencadenando en una posible fobia específica al mandil blanco, al consultorio, al medicamento, también se puede ver reflejado en conductas de inseguridad en el niño, a más del llanto y berrinches que originen agresividad, presencia de tricotilomanía, problemas de conducta en la escuela, poca confianza en sus capacidades y desconfianza hacia los demás ocasionando dificultades para establecer relaciones sociales.

1.2.3 Prognosis:

El presente tema de investigación, se plantea por la presencia de complicaciones que el personal médico presenta en el manejo de un niño hospitalizado y los desencadenantes que originen una posible afectación psicología en el mismo. Al no realizarse esta investigación, podría ocasionar repercusiones en el desarrollo emocional del niño, dando como posible resultado, respuestas negativas en el hogar y otros ámbitos que salen del ambiente hospitalario.

Se sabe que cuando el niño siente temor y no lo puede expresar con palabras tiende hacer berrinches, llorar, y en el caso de enfrentarse a situaciones desconocidas que pueden ser un peligro real o imaginario responde de distinta manera, al no tratar ese tipo de respuestas, pueden desencadenar en una fobia u otra patología adversa a su desarrollo estable.

El niño al no comprender sobre su realidad médica y los cuidados que deben tener, como las instrucciones de la aplicación de los medicamentos, el niño puede generar distintas afectaciones psicológicas, que por su estado de salud y la permanencia en el hospital, hacen que se refuercen los comportamientos, haciendo que el área emocional, cognitiva y conductual se vea afectada. Se busca plantear una adecuada intervención del departamento de psicología, para disminuir los niveles de ansiedad que provoca todo lo antes mencionado, adaptado a su realidad y buscando mejores respuestas a los procedimientos médicos. Al no dar intervención a estas conductas se podría presentar complicaciones durante la recuperación del paciente como una alteración emocional acompañada de respuestas y comportamientos inadecuados.

Al no dar paso con la investigación se continuará con el mal manejo de estas conductas por parte del personal médico y los padres del niños ocasionando afectaciones psicológicas que pueden desencadenar en futuras patologías.

1.2.4 Formulación Del Problema:

¿Cómo influyen las visitas médicas en la Ansiedad en los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato?

1.2.5 Preguntas Directrices:

- ¿Cómo responde el niño, conductual y emocionalmente después de las visitas médicas?
- ¿Qué niveles de ansiedad presentan los pacientes de pediatría después de las visitas médicas?
- ¿Qué niveles desencadenan conductas en los niños, de acuerdo a su nivel de ansiedad?

1.2.6 Delimitación:

1.2.6.1 Campo De Conocimiento:

Campo: Psicología clínica, Psicodiagnóstico.

Área: Salud Mental.

Aspecto: Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los niños hospitalizados.

1.2.6.2 Delimitación Espacial:

La investigación se realizó en la unidad de pediatría del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ambato.

1.2.6.3 Delimitación Temporal:

La investigación se desarrolló en un periodo de un año constituido desde el mes de septiembre 2013 a agosto 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación se desarrolló por los llamados de atención por parte del personal médico al sentirse obstruido por las respuestas negativas de los niños, lo cual hace que lleguen al punto de forzar al menor a aceptar procedimientos que no desea, pero que son necesarios para su recuperación, razón por la que se busca ofrecer una atención adecuada en el momento que el niño lo necesite, mantenido la integridad del paciente y sus familiares.

Se realizó la intervención psicológica dialogando con los padres sobre la situación que están atravesando y se dio apoyo psicológico a los mismos, antes de la evaluación e intervención con el niño se informó a los padres para tener su consentimiento dentro de la investigación, dando a conocer que lo único a emplearse es un reactivo sin necesidad de identificar particularmente al paciente por lo que se lo realizará de manera anónima, con la obtención de los resultados arrojados por el test, poder ofrecerles la adecuada atención por parte del departamento para con el niño durante su permanencia en el hospital.

Los resultados obtenidos en esta investigación están encaminados para brindar técnicas para tratar la ansiedad y que el niño asimile de mejor manera la visita del médico promoviendo una campaña de prevención primaria, el cual buscó únicamente la mejor y pronta recuperación del mismo, dentro de esta se ofrecerá dar una orientación a los padres sobre los trastornos de ansiedad y cómo manejarlos con su hijo dentro del hospital y fuera en otras circunstancias en las cuales niño a más de su recuperación tenga que enfrentar, se brindará la información necesaria para que el personal médico sepa cómo debe actuar cuando se presenten este tipo de reacciones por parte de los niños, sepan las causas, las

consecuencias y las distintas maneras y técnicas que pueden emplear para que el niño permita que el médico y el personal realicen su trabajo.

El trabajo investigativo, es novedoso, en cuanto a la propuesta que se realizará en base a la prevención primaria ante la presencia de síntomas de ansiedad el cual estará dirigido al personal médico y la familia del paciente en cuanto a la realización de continuas actividades dentro de la institución ya que esta dedica un espacio de tiempo a la semana para tratar distintos temas que aporten a la mejor atención de los pacientes, dando a conocer el empleo de técnicas sobre psicoterapia del juego en niños dentro de las sesiones en un ambulatorio psicoterapéutico, buscando emplearlos en el hospital, ofreciendo un mejor ambiente y uso del tiempo del paciente dejando la hostilidad que representa para el niño esta actual situación.

Con la obtención de datos del reactivo empleado sobre los niveles de ansiedad que se presenten, aportamos con datos científicos aplicados a un área específica que no se le ha dado atención adecuada.

Con esta investigación se buscó dar una atención adecuada a los niños y sus familiares, cambiando la visión que se puede tener del ambiente hospitalario y la importancia de los cuidados del menor en la situación que se presenta la enfermedad, evitando posibles reacciones y patologías a futuro en el niño.

Esta investigación fue factible ya que el hospital del IESS Ambato, presta principal atención en los niños los cuales se enfrenta a la hospitalización como una situación nueva y desconocida, dando importancia a la intervención psicológica con el debido acompañamiento y psicoeducación a sus padres para llevar de mejor manera la situación por la que estén atravesando dentro del instituto médico, con la colaboración del personal de enfermería y la preocupación de los médicos del área los cuales presentan constantes pedidos de interconsulta para el departamento de psicología por parte del área de pediatría.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo General:

Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Registrar la frecuencia y el número de visitas médicas.
- Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica.
- Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.
- Proporcionar una alternativa de solución aplicada a los niños que se encuentren en el área de hospitalización de pediatría del hospital del IESS Ambato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

Para realizar un enfoque mayor de la investigación se indagó en varias bibliotecas de la ciudad, entre la que se tenía la de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato y se encontraron como antecedentes las siguientes investigaciones:

- Villacrez, V. (2007), en su trabajo, “El juego como medio para disminuir la ansiedad en los niños y niñas hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital municipal nuestra señora de la merced”. Realizado en la Ciudad de Ambato, concluyo:

En la investigación el 45 por ciento de niñas y el 27 por ciento de niños comprendidos entre 1 a 12 años, presentaron un nivel bajo de ansiedad al momento de ser internados, repitiéndose en la mayoría de los niños los mismos síntomas, entre estos tenemos, temor y rechazo al personal que labora en el hospital, irritabilidad, llanto al manejo que realizaban las enfermeras. Los niños que presentaron nivel alto de ansiedad, fueron aquellos que tuvieron experiencias anteriores de hospitalización las cuales fueron desagradables o negativas para ellos.

La ludoterapia ayudó al niño a adaptarse al medio ambiente, y disminuir los síntomas presentados, pero cabe recalcar que la presencia de las figuras de apego junto al niño fue otra de las claves que influyen en este resultado. La atención y los

cuidados que los niños recibían de las madres ayudo mucho también a su recuperación.

- Flores, M. (2007), en su trabajo, *Ansiedad en niñas maltratadas de los quintos sextos y séptimos años de educación básica del Liceo Fiscal Eugenia Mera*. Realizado en la Ciudad de Ambato. Concluye que:

En la investigación realizada de 144 niñas se ha visto que el total de la población es agredida y el tipo de maltrato es mayor índice es el psicológico con un 64%, el físico con el 36% siendo el primero el que genera ansiedad en las niñas, debido a que los derechos de los niños se están dando a conocer en forma errónea, y los golpes se han cambiado por insultos, humillaciones que son aceptados por los niños.

La importancia de la formación de la escuela para padres es que los docentes también involucren no solo en el aspecto académico de las niñas sino también en la esfera afectiva, buscando que lleguen a la catarsis y a un grado alto de insight de lo que sucede en cuanto los hijos son agredidos sin ser escuchados y así disminuir la ansiedad, para ello es considerado que el modelo cognitivo conductual es fundamental para el trabajo que se desarrolla en la escuela.

- Naranjo, G. (2011), en su trabajo, *Cuadros Ansiosos, en pacientes Hospitalizados por Diabetes, Cirrosis y Ulcera Gástrica, en Clica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato periodo 2010-2011*. Realizado en la Ciudad de Ambato.

Obtiene como conclusión que mediante el análisis correspondiente a los reactivos aplicados, la cirrosis presenta un porcentaje de ansiedad grave del 47%, la ulcera presenta la gravedad de ansiedad es del 55% y la diabetes es del 23% de ansiedad grave. La enfermedad medica que produce mayor nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados es la que lleva de diagnóstico de ulcera gástrica, ya que el

100% de los mismos, presentan algún nivel de ansiedad que puede desembocar en un cuadro ansioso.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA:

La investigación presenta un enfoque Crítico propositivo por cuanto trata de explicar los problemas a los cuales se muestra el niño vulnerable dentro de su desarrollo integral, buscando identificar los medios ambientales que pueden ocasionar repercusiones psicológicas en el menor, como es la ansiedad en los niños tratando con ello de entender el problema que se investiga, identificando las potencialidades y de dar solución al mismo presentando varias posibilidades de cambio.

Los distintos fenómenos que pueden desencadenar en una patología se debe a consecuencia de eventos traumáticos por los cuales ha tenido que atravesar el niño en distintas situaciones que pueden ser directas o ajenas al paciente, tomando en cuenta que uno de estos es la intervención médica y en los casos con más atención los de hospitalización, se debe tomar en cuenta que este no es el único factor que desencadena síntomas de ansiedad ya que existen múltiples realidades que interfieren y contribuyen a la aparición de sintomatología ansiosa.

Se busca la adecuada interacción entre el paciente y el profesional de la salud estableciendo una relación empática con la cual se tiende a disminuir la ansiedad por lo desconocido, la adecuada información que se tenga sobre estos fenómenos en los cuales tiene que participar la familia como primer contacto social que tiene el niño para poder aceptar los servicios que le presta la institución hospitalaria para con su salud física y psicológica.

La investigación mantiene un enfoque axiológico en relación con los pacientes, en un trato ético y responsable, brindando mejor atención para una breve y mejor recuperación, tomando en cuenta los tipos de agresiones que pueden suscitar sin la

necesidad de proporcionarlos durante el proceso entendiendo así la aplicación de un mejor trato sin repercusiones físicas y psicológicas.

La ansiedad en su contenido original conocida con el termino de neurosis en sus primeros estudios en el año de 1769, termino tomado por el psiquiatra escoces William Cullen el mismo que se refería a las respuestas que genera el sistema nervioso, durante el siglo XIX y XX empezaron a investigar distintos autores las características en torno a la angustia las cuales las sintetizo en patologías Sigmund Freud.

Metodología: Se basa en considerar la actividad y la conducta del niño para poder brindar una orientación a sus representantes y el componente humano que tendrá contacto con el paciente, interpretando la realidad del paciente durante su estancia en la institución hospitalaria, para poder contribuir en su desarrollo integral sin que se vea este con un predisponente a una patología de atención clínica con alto grado de impacto emocional.

Al trabajar en el ambiente hospitalario se aprecia la preocupación y a participación activa del personal médico y los familiares del niño, con lo cual forma un ambiente en el cual se puede desarrollar técnicas para trabajar con el niño disminuyendo la sintomatología ansiosa. Teniendo resultados cualitativos en cuanto a la enfermedad y la relación entre el paciente y el ambiente hospitalario por el cual tiene que atravesar para mejorar su salud.

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA:

En función a la investigación la psicología nos permite ver la relación que existe en el proceso de desarrolla del niño en cuanto a la aparición de determinadas conductas que pueden ser normales o desadaptadas, considerando que de los resultados de la presente investigación se podrá observar la conducta en si misma utilizando métodos psicométricos. No se encuentra basada únicamente pero presenta predominio de la corriente conductual.

2.3 FUNDAMENTO LEGAL:

La presente investigación se ampara en las siguientes leyes, tomadas de:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR (2013)

Sección séptima

Salud.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL ECUADOR (2013)

Capítulo II

DERECHOS Y SUPERVIVENCIA

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar;
2. Informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representantes;
3. Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre;
4. Identificar a los recién nacidos inmediatamente después del parto, mediante el registro de sus impresiones dactilar y plantar y los nombres, apellidos, edad e impresión dactilar de la madre; y expedir el certificado legal correspondiente para su inscripción inmediata en el Registro Civil;
5. Informar oportunamente a los progenitores sobre los requisitos y procedimientos legales para la inscripción del niño o niña en el Registro Civil;
6. Garantizar la permanencia segura del recién nacido junto a su madre, hasta que ambos se encuentren en condiciones de salud que les permitan subsistir sin peligro fuera del establecimiento;
7. Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo;
8. Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacida, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad;

9. Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida;
10. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente;
11. Informar inmediatamente a las autoridades y organismos competentes los casos de niños o niñas y adolescentes con indicios de maltrato o abuso sexual; y aquellos en los que se desconozca la identidad o el domicilio de los progenitores.

LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR (2014)

CAPITULO I

Del derecho a la salud y su protección.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR (2014)

CAPITULO I

De Las Acciones De Salud.

Art. 1.- Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables. Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general y están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros.

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

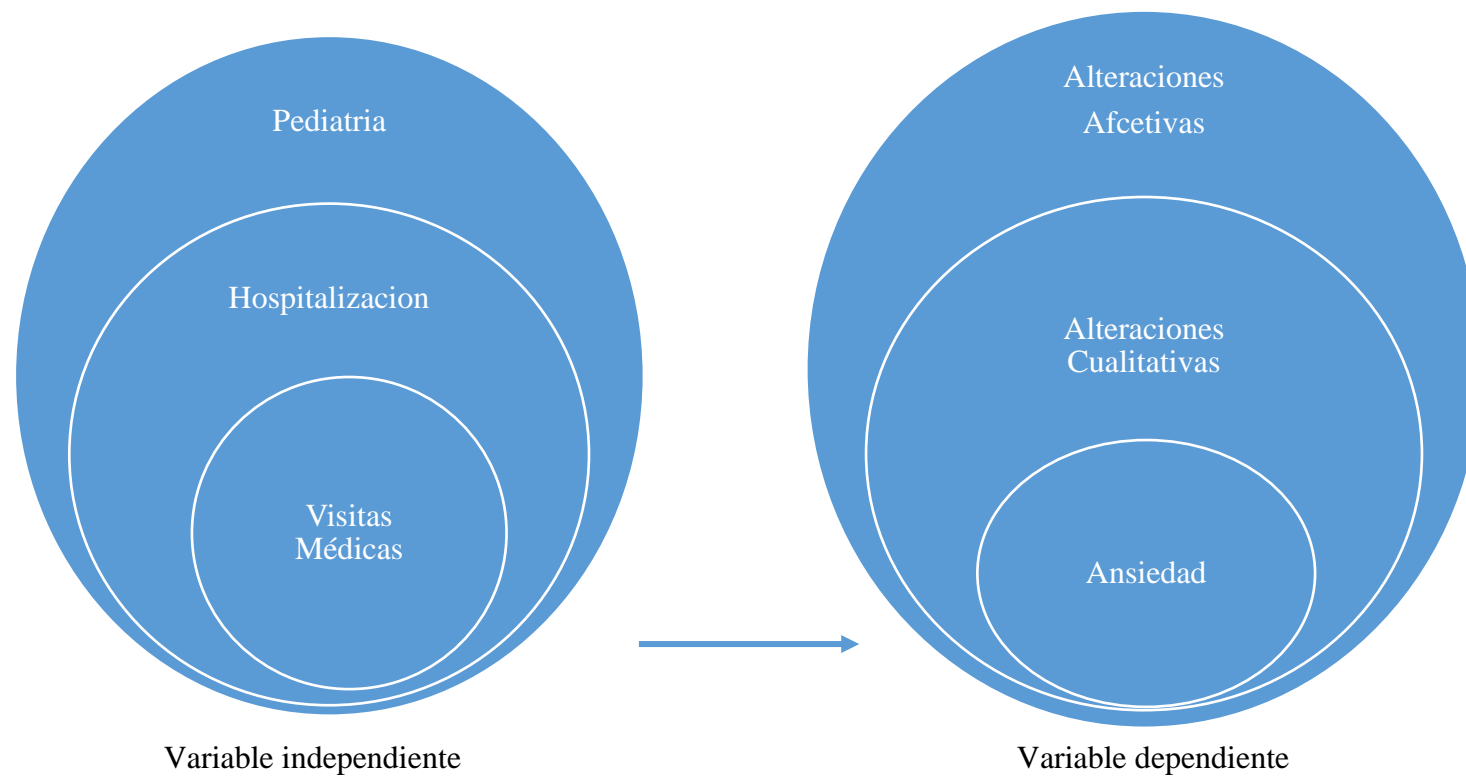


Gráfico No 2: Categorías Fundamentales

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Constelación de ideas de la Variable Independiente

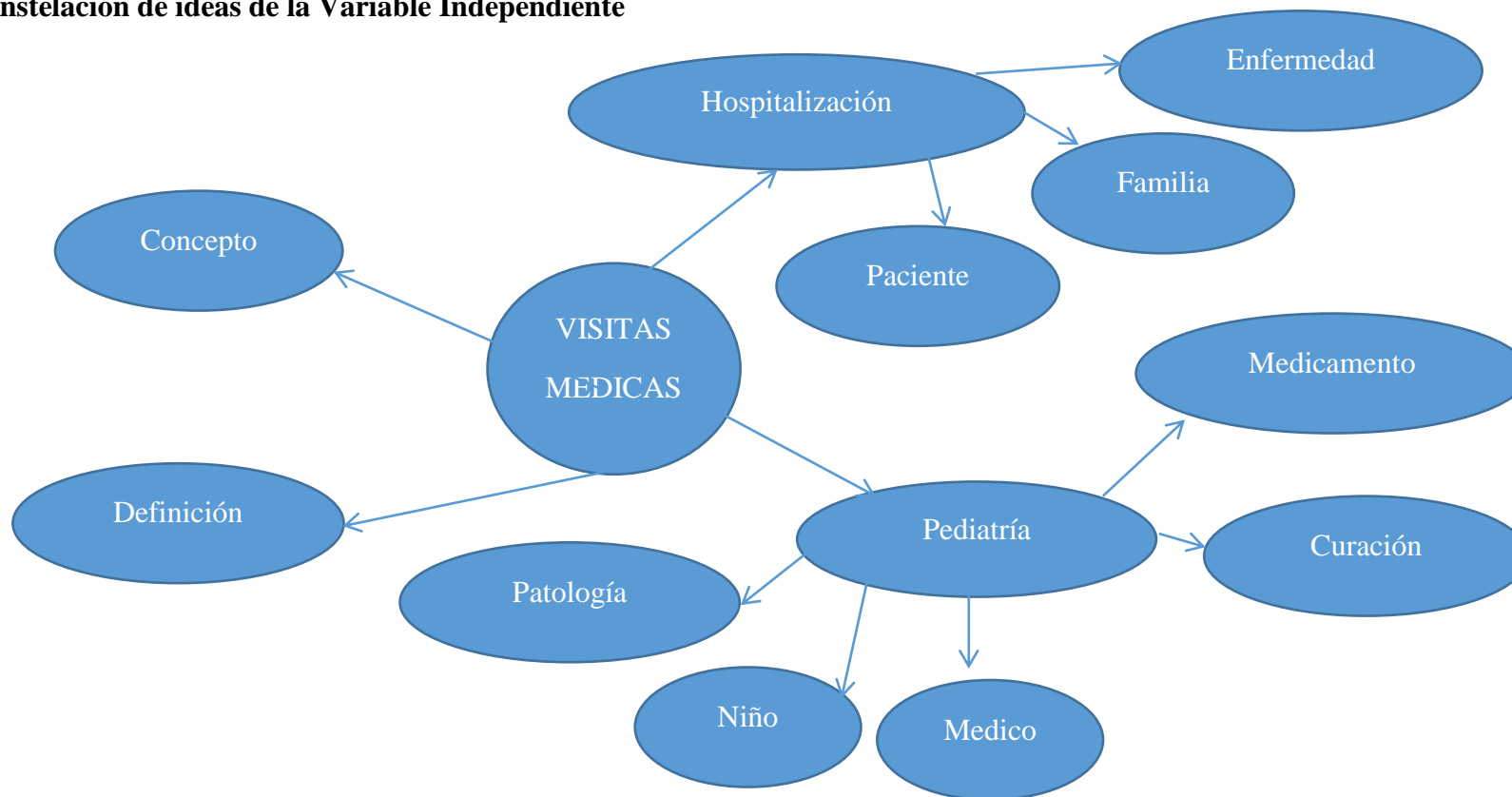


Grafico No 3: Constelación de ideas de la Variable Independiente

Fuente: “visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Constelación de ideas de la Variable Dependiente

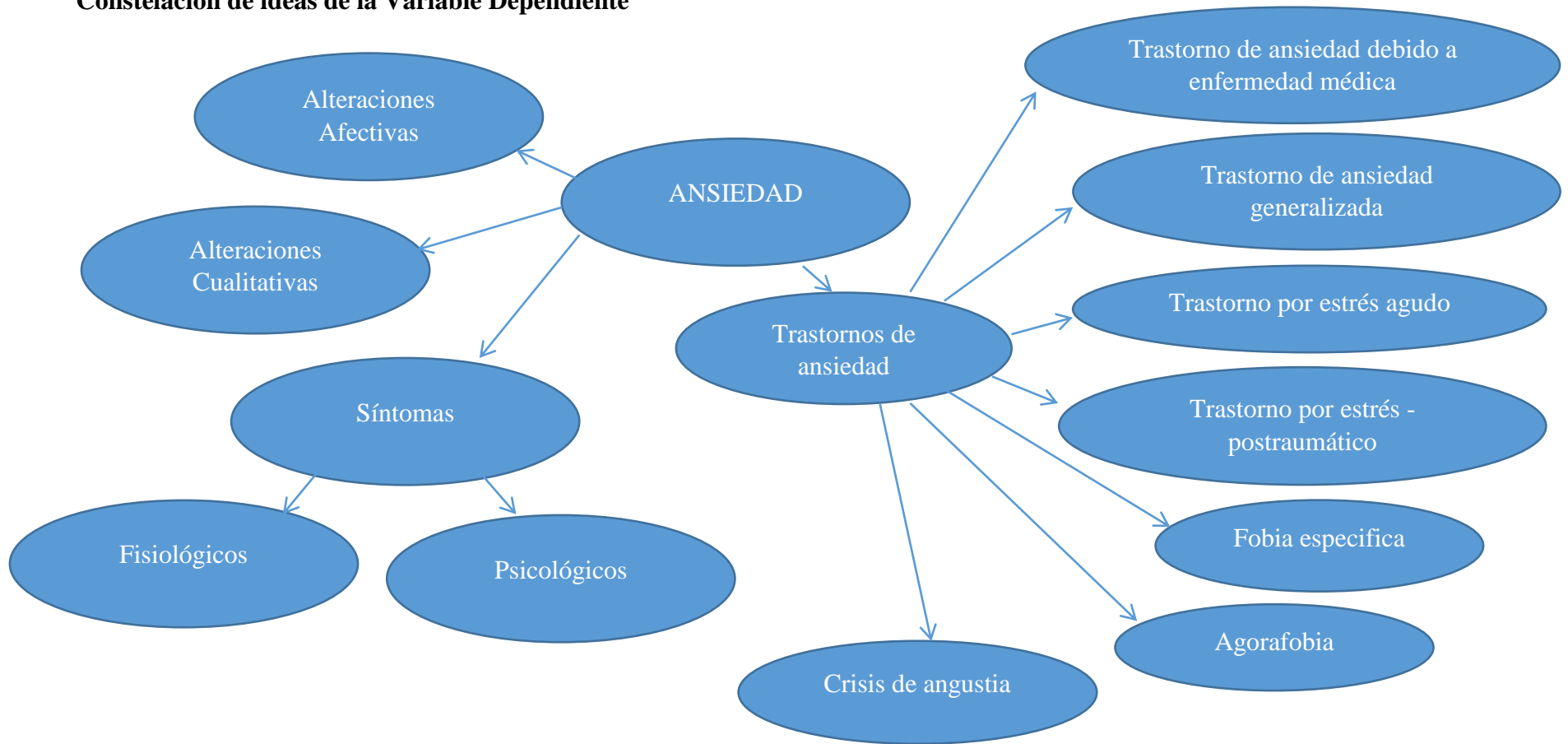


Grafico No 4: Constelación de ideas de la Variable Dependiente

Fuente: “visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

2.4.1 Categorías fundamentales:

2.4.1.1 Pediatría.

Pediatría es la medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y el adolescente se desenvuelven (Cruz, 2007).

A la Pediatría le incumbe cuanto se refiere a los cuidados del niño y adolescente sano (Pediatría Preventiva), a los modos de asistencia médica integral, total y continuada en el niño y el adolescente en estado de enfermedad (Pediatría Clínica), y a cuanto atañe al niño y adolescente sano y enfermo en sus interrelaciones individuales y con la comunidad en el medio físico y humano en que de manera ininterrumpida y con características propias se desarrolla (Pediatría Social) (Fernández, 2007).

Sus peculiaridades van ligadas a las propias del sujeto de su atención que por sus características antropológicas, biológicas, anatómicas, psicológicas y sociales, reactivas, adaptativas y asistenciales, requieren de especiales procedimientos preventivos de diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y reinserción familiar, escolar y social (Fernández, 2007).

La Pediatría es la rama de la medicina que se encarga del desarrollo anatómico de una persona desde su niñez hasta su adolescencia, precautelando ante todo que exista un correcto crecimiento físico en el niño o adolescente y que sus etapas de transición sean lo más saludables y sencillas posibles (Fernández, 2007).

2.4.1.2 Hospitalización.

La Hospitalización genera en el paciente/familia diversos problemas por desconocimiento del medio hospitalario, separación con su entorno habitual, preocupación por su proceso de enfermedad y por los cambios laborales, sociales y familiares que puede desencadenar su situación. Por todo ello es preciso ofrecer una atención integral desde el momento del ingreso con el objeto de facilitar su adaptación, fomentar su participación y garantizar su comodidad y seguridad (Benito, otros 2012).

El proceso de hospitalización de un niño no es solo complejo del punto de vista del tratamiento correcto de su enfermedad y de la evolución propicia del cuadro del síntomas que ha presentado; sino también que desencadena muchos otros fenómenos como el impacto que tiene en el ánimo de la familia entera de ese niño, también tiene un fuerte impacto en lo económico y en lo social ya que si el cuadro del paciente es grave este tardara mucho más en salir de la casa de salud donde se encuentra asilado; por tanto el proceso para que vuelva a adaptarse a su entorno normal será mucho más extenso. Si los padres y el personal de la casa de salud fomentan en el niño la seguridad y la comodidad necesaria en estos momentos de tensión le podrá asimilar de mejor manera la situación por la que está pasando (Benito, otros, 2012).

La hospitalización, por su naturaleza, representa un evento que causa ansiedad, y se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños. La percepción de éstos en la experiencia de hospitalización excede sus capacidades para poder resolverla y afrontarla, lo que los lleva a presentar estados de ansiedad. Los efectos de la ansiedad en los niños durante y después de la hospitalización pueden persistir por semanas o meses después del egreso, y en algunos casos hasta la edad adulta. Las reacciones en el niño que experimenta ansiedad son diversas e incluyen conductas de agresión física y verbal, así como cambios afectivos y de actitud (Aguilera, 2007).

Depende mucho la manera en que el niño es tratado y el por qué se encuentra internado, ya que, si está internado por una enfermedad catastrófica y su vida se encuentra en grave peligro el estado de ansiedad será mucho mayor, es por eso que sus padres y su familia deberán intentar crear una atmosfera de tranquilidad y normalidad alrededor de su hijo, ya que muchas veces los niños que presentan este tipo de cuadros generan niveles más altos de ansiedad que los llegan a perseguir hasta su adultez (Aguilera, 2007).

Los niños que se encuentran en situaciones como estas, son más propensos a desarrollar ansiedad y cuadros de agresivas y desesperación ya que desconocen el lugar donde están como su hogar, así este sea provisorio. Es necesidad que los niños sean entretenidos de manera activa y constante para que no se vuelvan más ansiosos ante la situación y que tratemos de que ellos se familiaricen con el personal que los está tratando para que se generen vínculos de confianza y afecto; de esta manera el ambiente no será tan desconocido (Aguilera, 2007)

Hospitalización en niños, Aguilera Pérez (2007) menciona que ha analizado varios fenómenos psicológicos que pueden desencadenarse a partir de la experiencia de un niño que ha sido internado en una casa de salud. Hemos tocado algunos de los principales y más posibles escenarios que este puede vivir después de salir de la hospitalización.

La infancia es una etapa de cambios constantes para un niño, cambios como una mudanza de casa o el cambio de escuela pueden desencadenar incomodidad y cuadros de estrés por el nuevo ambiente al que tienen que adaptarse, ahora si hablamos de una hospitalización por un tema de salud que solo puede ser solucionado si el niño se encuentra asilado en un centro de salud la situación es mucho más delicada. (Aguilera, 2007).

Para un adulto es mucho más fácil procesar un tema como este porque las experiencias de vida le han permitido entender que debe adaptarse a un nuevo entorno por el bien de su salud, pero para un niño será mucho más complicado.

Un niño está adaptado al movimiento constante a la convivencia con sus pares, a un entorno muchas veces no controlado, es parte del proceso de crecimiento que llenen sus días con actividades recreativas que los permitan aprender nuevas cosas y puedan desenvolverse tranquilos y gastar su energía. Dependiendo la enfermedad el niño puede pasar días, semanas o meses en un hospital; muchas veces todo el tiempo en que el este internado deberá ser en cama y en reposo absoluto, ya que del descanso del niño dependerá muchas veces que tan bien se recupere (Cruz, 2007).

Adaptarse a un nuevo entorno donde hay otros niños que también se encuentran en situaciones parecidas para el niño es muy difícil ya que no puede interactuar propiamente con los demás niños; esto puede causar una fuerte carga de estrés y ansiedad en los niños que no pueden descargar su energía en actividades recreativas ya que muchas casas de salud no tienen áreas para que los niños enfermo se recreen (Cruz, 2007).

Para los padres de familia o representantes del niño tampoco es una situación fácil, dependiendo de la dolencia del niño habrá una nueva carga de gastos para el hogar que pueden ser afrontados o no, también está de por medio el factor del tiempo ya que muchas veces para cuidar al niño uno de los padres deberá renunciar a su trabajo y las cargas de gastos serán afrontadas por un solo padre. Factores como los antes enunciados son causantes de estrés en los padres y esto puede llevar a desgastar la relación entre ellos y por lo tanto no podrán estar con su hijo en la manera en la que el necesita que sus padres estén (Cruz, 2007).

Los padres también necesitan integrarse en este proceso de sanación para su hijo; esto quiere decir que ellos deben estar en constante monitoreo de lo que dicen los doctores sobre el cuadro evolutivo de la enfermedad de su hijo y tratar de que esa información llegue a su hijo de la manera más simple, cariñosa y menos impactante posible. También se deberá intentar crear una atmosfera normal alrededor de las circunstancias que vive el niño podemos tratar de modificar lo menos posible muchas de las rutinas que a él le resulten placenteras y las

reconozca como normales; como por ejemplo la lectura de un cuento antes de irse a dormir. Esto hará que el niño de cierta manera se sienta más cómodo y no reconozca el lugar donde esta como un lugar completamente desconocido (Aguilera, 2007).

También podemos hacer que sus hermanos lo visiten y traten de realizar actividades de su agrado como pintar un libro o jugar. Es muy necesario también que los padres se acerquen al personal de la casa de salud e intenten hacer que se cree un lazo entre ellos y el niño de esta manera el niño se sentiría más cómodo en sus circunstancias. Si el niño conoce el nombre del doctor que lo trata no será para el solo un desconocido que cura su afección, sino más bien un amigo que trata de ayudarlo. Si el niño está familiarizado con su enfermera entenderá que ella tiene que aplicarle medicamentos por su bienestar y no la percibirá como una enemiga que intenta hacerle daño (Benito, otros, 2012).

Es fundamental que reduzcamos todo impacto que haga que el niño tome esta experiencia como un acto que marcará su vida para siempre, por tanto es necesario controlar muchos factores como por ejemplo que si la casa de salud no tiene áreas de juego el no salga de su cuarto ya que muchas veces ha habido casos de niños que presencian la muerte de otro niño y esto los marca para siempre. Debemos de nuevo crear en su cuarto un ambiente propicio de distracciones que sea aprobado por sus doctores y que no afecte la evolución del cuadro de salud. (Benito, otros, 2012).

Si el niño está familiarizado con su entorno es mucho más fácil explicarle que todo lo que está viviendo eventualmente tendrá un final feliz y que él es parte del proceso de su recuperación. Así el niño no se sentirá traumatado ni tendremos que lidiar dentro de unos meses después de su salida con cuadros de estrés post traumáticos (Méndez, otros, 1996).

2.4.1.3 Visitas Médicas.

Como hemos mencionado antes es muy importante que el niño se sienta cómodo en este ambiente nuevo para él, recordemos que para él no es fácil afrontarse a lo desconocido peor aún si de por medio esta su salud (López & Fernández 2005).

Sabemos que a diario el niño cumplirá un cronograma específico que incluye visitas médicas de parte de doctores y enfermeras de la casa de salud que le propiciarán al niño medicina, comida, tratamiento y su el pronóstico de cómo avanza su cuadro de salud; es muy importante que los padres se involucren en el proceso y que conjuntamente con el personal hagan que el niño se sienta apoyado, comprendido y cómodo con su situación (López & Fernández 2005).

Debemos tratar de que se establezca un nivel de confianza entre el niño y las personas que lo van a tratar así el no sentirá tanto miedo ante estas nuevas circunstancias que está viviendo; si se da el establecimiento de una relación de confianza entre el niño y el personal médico será más fácil que el acepte que las circunstancia que vive es solo transitoria y que el cuadro clínico que atraviesa es solo temporal de esta manera se adaptará de mejor manera a su entorno una vez superada esta fase ambulatoria (Méndez, otros, 1996).

2.4.1.4 Alteraciones Afectivas.

La Afectividad comprende como el conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata, que influye en toda su personalidad y conducta, especialmente en su expresión verbal y no verbal y que, por lo general se distribuye en términos como alegría-tristeza, agradable-desagradable, analizando el sistema emocional o sentimental del paciente en general y engloba diferentes funciones psíquicas (Bulbena, 1991).

Bulbena (1991), menciona que el conjunto de emociones y experiencias que definen y delimitan la vida emocional del individuo.

- Emociones: reacciones afectivas bruscas y agudas, tienen correlación somática.
- Sentimientos: estados anímicos más difusos, experimentado de forma progresiva, más duraderos.
- Afectos: comportamientos que constituyen los sentimientos subjetivamente.

Tipos de estado de Animo.

Eutímico: ánimo normal.

Deprimido: estado de ánimo bajo, como la tristeza.

Disfórico: estado de ánimo desagradable con predominio de la sensación de malestar.

Irritable: fácilmente enojado.

Elevado: ánimo elevado con sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría.

Expansivo: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos con tendencia de desinhibición.

2.4.1.5 Trastornos Afectivos Cuantitativos.

Estos se dividen Por aumento del tono afectivo: euforia, júbilo, exaltación, éxtasis, hipomanía, manía, y por déficit en el tono afectivo: apatía, miedo, ansiedad o angustia, pánico, depresión, melancolía, atimia (Gómez, 2012)

Trastornos Ocasionados Por Un Aumento Del Tono Afectivo

Gómez (2012) enumera los siguientes trastornos.

- Euforia: es la disposición de ánimo hacia el optimismo y la alegría; es un sentimiento generalizado de bienestar que impregna la conducta del individuo, se torna patológico a medida que disminuye el juicio de realidad, el eufórico no es capaz de ver lo malo y sus errores los pasa por encima al momento de juzgar.

- Jubilo: es un estado afectivo en el cual el paciente irradia un aire de gozo y confianza en sí mismo, su actividad motor está exagerada, aun cuando las circunstancias no sean propicias.
- Exaltación: “es un jubilo intenso con actividad de grandeza”, como sucede en los pacientes con enfermedad maniaca o como puede apreciarse en algunas ceremonias religiosas.
- Éxtasis: en la alegría excesiva e incontenible con suspensión de toda actividad voluntaria y de las funciones sensoriales mentales.
- Hipomanía: se trata de un síndrome conformado por euforia, superabundancia de ideas.
- Manía: es un síndrome caracterizado por una exaltación afectiva que puede llegar incluso al éxtasis todos los fenómenos intrapsíquicos y del comportamiento.

Trastornos Originados En Un Déficit Del Tono Afectivo

Gómez (2012) enumera los siguientes trastornos.

- Apatía: es un estado de indiferencia provocado por pérdida de la afectividad, con ausencia de reacción frente a los estímulos habituales de la actividad psíquica y a la que suele unirse un componente asténico o de inercia física.
- Miedo: clásicamente se ha definido como una reacción de temor ante un peligro real externo.
- Ansiedad: se ha definido como un estado desagradable, vivenciado como inquietud, sentimiento de amenaza y temor definido, sin que exista una causa desencadenante en el medio ambiente.

- Pánico: es la desorganización de la conducta sobre una base de inseguridad prolongada e intensa.
- Depresión: es un síndrome caracterizado por un sentimiento de tristeza acompañado de un grado variable de inhibición psicomotora y de la vivencia del dolor moral que semiologicamente se encuentra en ideas de culpabilidad.
- Melancolía: aquí la sintomatología depresiva alcanza la máxima profundidad, con alto riesgo de suicidio.
- Atimia: es definido como la abolición total de la afectividad y se encuentra en los pacientes con retardo mental y demencia profunda.

2.4.1.6 Ansiedad.

Estado de alarma y de antelación de un peligro inminente e indefinible. Se asocia con sentimientos de inseguridad e impotencia. Mientras que el miedo es un sentimiento de respuesta a un peligro externo real, la ansiedad es una reacción de miedo y activación intensa del organismo en ausencia de una amenaza real. La ansiedad se puede expresar a través de síntomas más psíquicos (ansiedad psíquica) o más somáticos y vegetativos (somatizaciones) (Colombo, 2005).

La ansiedad psíquica se manifiesta principalmente a través de inquietud, miedo a morir, miedo a volverse loco, despersonalización, hipocondría, aprensión, sensación de que el tiempo corre rápido (Gabbard, 2009).

Trastornos Neuróticos

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de

angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (Lizausaba, 2008).

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos son difíciles de identificar; ya que muchas veces son el producto de más de una circunstancia y de más de una sintomatología; es necesario identificar cual es el factor que desencadena el episodio para darle un correcto tratamiento (Lizausaba, 2008).

Trastornos de ansiedad fóbica.

Trastornos de ansiedad fóbica son aquellos que se ponen en marcha predominantemente en ocasiones bien determinadas o frente a situaciones ajenas al enfermo, que no son precisamente peligrosos. La ansiedad fóbica no se diferencia de otros tipos de ansiedad en ninguna manera y su gravedad puede ser desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. Algunos de los síntomas del enfermo son aislados como palpitaciones o miedos secundarios como morir o volverse loco (CIE 10, 1999).

Estos trastornos hacen que el paciente muchas veces pierda el control de sus emociones y sienta que puede llegar a morir y tiene síntomas como las palpitaciones y un sudor excesivo, una de las principales características es que lo que los desencadena son factores externos ajenos al control del paciente, por tanto muchas veces la solución de los mismos no depende totalmente de la persona que está sufriendo estos trastornos. La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones (CIE 10, 1999).

Agorafobia

No solo se limita a los temores a lugares abiertos, sino también a otros relacionados con ellos, como temores a estar dentro de multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro por los síntomas fisiológicos

que lo abordan que por lo general un lugar seguro sería el hogar. Abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, edificios públicos, a las multitudes de gente, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. La gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en un rincón de su casa que para ellos produce estabilidad. En distintas situaciones por las cuales atraviesa el paciente se ve el miedo intenso en pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público o dentro de una multitud. El pensamiento de la falta de una salida inmediata induce la agorafobia. (CIE 10, 1999).

Esta afección que generalmente se presenta al comienzo de la vida adulta no es muy conocido por la gente; muchas veces se disimula con una ansiedad normal pero es mucho más constante y fuerte debido al miedo casi paralizante que experimenta el paciente que muchas veces se auto recluye en su hogar o en un lugar que considera seguro. El miedo intenso a lugares o situaciones que no son conocidos por el paciente es otro rasgo importante de la Agorafobia (CIE 10, 1999).

Muy a menudo la agorafobia presenta cuadros depresivos y obsesivos también fobias sociales, sin embargo no desembocan en un cuadro clínico. Si los síntomas de la Agorafobia no son tratados a tiempo puede cronificarse, aunque su intensidad es fluctuante (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico:

- a) Las ideas delirantes u obsesivas son manifestaciones primarias de ansiedad.
- b) Ansiedad que predomina en situaciones de interacción social, y que requieran que el individuo se aleje de su hogar hacia lugares llenos de gente como un mall o una plaza.
- c) Evitar toda circunstancia en la que el individuo pueda sentir fobia, es un síntoma evidente.

Fobias sociales

Comienzan en la adolescencia y se presentan en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas dentro de un grupo pequeño, a diferencia de las multitudes; suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas como fiestas familiares. Las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas como por ejemplo, el salir a comer en público, el hablar en público o a encuentros con el sexo contrario, otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. Los síntomas pueden llevarlo a producir una crisis de pánico. La conducta de evitación que presentan estos pacientes suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social absoluto (Lizausaba, 2008).

Las fobias sociales tienen que ver con la manera en que el sujeto se siente percibido por otras personas en su entorno, por ejemplo muchas fobias comienzan en la adolescencia debido a algún evento traumático frente a sus pares lo que desembocara en que el sujeto se sienta avergonzado y no quiera volver a ponerse en una situación en la que se vea expuesto ante otras personas (Lizausaba, 2008).

Pautas para el diagnóstico:

- a) Las ideas delirantes u obsesivas son manifestaciones primarias de ansiedad.
- b) El sujeto solo siente ansiedad en situaciones sociales concretas.
- c) La fobia se evita siempre que es posible.

Incluye:

Antropofobia: miedo a la interacción con otros individuos.

Fobias específicas (aisladas)

Esta Fobias se refieren a situaciones específicas como a la cercanía de animales determinados, a las alturas, a los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a ver sangre de heridas o al contagio de enfermedades concretas. La sola presencia a situaciones específicas puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el paciente evitar la situación fóbica (Lizausaba, 2008).

Las fobias específicas se presentan desde la infancia y la edad adulta y son el producto de la materialización de miedos irracionales y específicos de un sujeto, por ejemplo el miedo a las alturas que presenta un niño a la hora de volar; si el sujeto no busca un tratamiento para esta afección, la misma puede perdurar décadas o toda su vida. El grado en que esta afecte al sujeto dependerá totalmente de si el sujeto puede evitar vivir dicha experiencia (Lizausaba, 2008).

Pautas para el diagnóstico

- a) Las ideas delirantes u obsesivas son manifestaciones primarias de ansiedad.
- b) El sujeto solo siente miedo en presencia de la fobia específica.
- c) El sujeto intentará evitar la fobia lo más posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

La presencia de crisis recurrentes de ansiedad intensa (grave); que no tienen un detonante específico, por tanto son imprevisibles y el sujeto no sabe cómo evitarlos. Entre la sintomatología se encuentra sensación de asfixia, náusea, vértigo, despersonalización, palpitaciones y dolor precordial. Persiste la sensación de que se va a morir y de que no se puede mantener el control de la situación. La duración de estos cuadros suele ser indeterminada (Goncalves, 2003).

Los trastornos de pánico sino son tratados pueden llevar a un estado de miedo constante que no le permitan al paciente llevar una vida normal, al no ser determinado lo que causa los ataques de pánico es muy complicado que el paciente aprenda a sobrellevarlos sino sabe cuál es el detonante (Goncalves, 2003).

Pautas para el diagnóstico

- a) Circunstancias en las que el paciente es incapaz de decir que es lo que le causa pánico.
- b) No solo se presentan en circunstancias conocidas y familiares para el paciente.
- c) Es normal que el sujeto sienta una leve ansiedad anticipatoria al ataque de pánico.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica (Goncalves, 2003).

Este trastorno es la convivencia entre los síntomas de la ansiedad y la depresión, sin embargo ninguno es claramente dominante por tanto no se puede dar un diagnóstico por separado. Muchas veces la ansiedad es más fuerte que la depresión o viceversa (Goncalves, 2003).

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia).

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de pensamiento y actos compulsivos recurrentes. Es decir el paciente tiende a obsesionarse con actos, pensamientos, impulsos, cosas y rutinas en sus actividades diarias. Una de las características más fuertes es que aunque el paciente intente resistirse a ellos no es capaz de permitirse dejarlos. Para el paciente repetir esas acciones constantemente es una manera de protegerse de una posible catástrofe que pudiera tomar lugar de no hacer estos rituales antes de emprender otra acción (CIE 10, 1999).

Muchas veces para el paciente estas rutinas repetitivas tienen mucho sentido y eficacia, a pesar de resistirse a ellos. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Una parte importante de estos trastornos es que el paciente recurrentemente se ve envuelto en un cuadro de depresión recurrente (CIE 10, 1999).

Estos trastornos se hacen visibles en la niñez y comienzo de la vida adulta y son tan frecuentes en ambos sexos. Si no se tratan pueden tener una evolución crónica.

Pautas para el diagnóstico:

Para el diagnóstico se debe tener presente y debe haber fuentes generadoras de angustia o de incapacidad para ver si el paciente sucumbe ante estos estímulos y recurre a sus prácticas y rituales recurrentes:

- a) El paciente hace propios los pensamientos y rutinas, tomándolos como un acto normal.
- b) El paciente muestra intentos de resistirse ante estas ideas y rutinas recurrentes sin éxito alguno.
- c) No siempre la idea y la realización de estos comportamientos son placenteros, pero si calman la ansiedad del paciente.
- d) Los pensamientos y rutinas deben ser repetitivos constantes y no siempre agradables.

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica.

Trastorno de estrés post-traumático

El trastorno de estrés post-traumático se da como una respuesta a un acontecimiento estresante o a una situación que para el paciente haya sido excepcionalmente amenazante o catastrófico; que haya de cierta manera cambiado la manera en que el paciente percibe el mundo y su realidad. Entre las principales características de este trastorno, el paciente suele sentir que revive reiteradamente la vivencia o acontecimiento que le ha traumatado; se siente desapego ante su realidad y los otros individuos que conforman su entorno. El individuo procura no hablar y evitar toda actividad que pueda ser parecida a la que le causó el trauma (Bedini, 2013).

Si el sujeto se ve de cierta manera recordando el estímulo puede llegar a tener cuadros de estrés, agresividad, miedo, pánico por lo tanto se prefiere evitar todo contacto con estas sensaciones y no revivir el cuadro (Bedini, 2013).

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo (Bedini, 2013)

Incluye: Neurosis traumática.

Trastornos de adaptación

Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (CIE 10, 1999).

Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos de la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria (CIE 10, 1999).

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondriaco (F45.2). Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica) (CIE 10, 1999).

La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones (CIE 10, 1999).

Agorafobia

No solo se limita a los temores a lugares abiertos, sino también a otros relacionados con ellos, como temores a estar dentro de multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro por los síntomas fisiológicos que lo abordan que por lo general un lugar seguro sería el hogar. Abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, edificios públicos, a las multitudes de gente, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. La gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en un rincón de su casa que para ellos produce estabilidad. En distintas situaciones por las cuales atraviesa el paciente se ve el miedo intenso en pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público o dentro de una multitud. El pensamiento de la falta de una salida inmediata induce la agorafobia. (CIE 10, 1999).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, (1999) indica que se presentan a menudo síntomas depresivos, obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. Si no se realiza el tratamiento adecuado la

agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

- a) Predomina al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- b) La evitación de la situación fóbica es una de las características principales.

Sin trastorno de pánico

Comienzan en la adolescencia y se caracteriza por el miedo a ser enjuiciado por otras personas de un grupo que pueden ser sus compañeros, familiares o grupo de trabajo, o simplemente dentro de un grupo pequeño de personas indistintas a diferencia de grandes multitudes y suelen llevar a evitar estas situaciones sociales. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas a situaciones específicas y lugares específicos, otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar y situaciones que no son muy comunes para el paciente como el entorno que lo rodea y que se percibe seguro. El temor a vomitar en público es un ejemplo. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja autoestima y de miedo a las críticas de personas ajenas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico o en un aislamiento total (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse en la infancia o en el comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante toda su vida afectando en mayor intensidad su estabilidad emocional. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones las evita en la medida de lo posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves (CIE 10, 1999).

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

La clasificación internación de enfermedades CIE 10 (1999) señala que la característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer (CIE 10, 1999).

Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias (CIE 10, 1999).

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.

c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (CIE 10, 1999).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica (CIE 10, 1999).

Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación (CIE 10, 1999).

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población

general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos (CIE 10, 1999).

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

Otros trastornos mixtos de ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada, y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos disociativos; trastornos de somatización; trastorno somatomorfo indiferenciado y trastorno hipocondriaco. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación (CIE 10, 1999).

Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La clasificación internacional de enfermedades, CIE 10 (1999), establece que la característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de pensamientos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Se presentan de una forma desagradable por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido, suele tratar de resistirse a ellos, sin obtener ningún éxito. Sin embargo son percibidos como pensamientos propios, a pesar de

que son involuntarios. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. El paciente tiene la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros, también el de lavarse las manos a cada momento que el paciente tienda a pensarlo. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el paciente como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Siempre está presente un cierto grado de ansiedad (CIE 10, 1999).

Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo a presentar sintomatología depresiva y en otros que sufren un trastorno depresivo recurrente a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En estas situaciones el aumento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña con la gravedad de los síntomas obsesivos (CIE 10, 1999).

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica (CIE 10, 1999).

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.

- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos (CIE 10, 1999).

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica.

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Predominancia de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar; su contenido es variable, y se acompañan de malestar subjetivo. Por ejemplo, a una mujer le puede atormentar el temor de no poder controlar el impulso de matar al hijo querido. A veces las ideas son simplemente insignificantes, a menudo se acompaña de una incapacidad para tomar las decisiones (CIE 10, 1999).

Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

Los actos compulsivos se relacionan con la limpieza, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación peligrosa. En la conducta manifiesta existe un miedo al peligro y el ritual es un intento de eliminar ese peligro. Los rituales compulsivos ocupan muchas horas del día y se acompañan de una incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. Son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones (CIE 10, 1999).

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento (CIE 10, 1999).

Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente (CIE 10, 1999).

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también la existencia de uno u otro de los dos factores siguientes: un acontecimiento vital, antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. Los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa del estrés agudo grave o de una situación traumática. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno (Lizausaba, 2008).

Reacción a estrés agudo

Considerado como un trastorno transitorio de gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general cursa en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una

amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo como por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc. El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos como por ejemplo, en el anciano (Lizausaba, 2008).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Además los síntomas:

a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o

aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye:

Crisis aguda de nervios.

Reacción aguda de crisis.

Fatiga del combate.

"Shock" psíquico.

Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía a un acontecimiento estresante o a una situación breve o duradera de naturaleza amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen (CIE 10, 1999).

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son los episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de entumecimiento y embotamiento emocional, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones que le puedan recordar el trauma (CIE 10, 1999).

En ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez, un estímulo que evoque el trauma en cuestión (CIE 10, 1999).

Se muestran en un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y pueden presentar ideaciones autolíticas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor que agrave la sintomatología y puede influir en la cronicidad de la misma (CIE 10, 1999).

Presenta un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses sin necesidad de llegar a los seis meses. El curso es indeterminado, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los pacientes, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (CIE 10, 1999).

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo (CIE 10, 1999).

Incluye: Neurosis traumática.

Trastornos de adaptación

Estados de malestar personal acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio significativo o a un acontecimiento vital estresante. El

agente estresante puede afectar la integridad de la persona como las experiencias de duelo o de separación y valores sociales como la de emigración, o la condición de refugiado dentro de un país extranjero. El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación o una mezcla entre todas ellas; sentimiento de incapacidad para planificar el futuro y afrontar los problemas, enfrentándose a un cierto grado de deterioro y cambio de la rutina diaria. El paciente puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático (CIE 10, 1999).

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.

Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Hospitalización en niños.

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

Reacción mixta de ansiedad y depresión:

Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son notorios, pero no mayores que en el grado descrito para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad (CIE 10, 1999).

Con predominio de alteraciones de otras emociones

Los síntomas suelen incluir ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas para el diagnóstico del trastorno mixto de ansiedad y depresión o de otros trastornos mixtos de ansiedad pero no son lo suficientemente relevantes como para acceder diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar (Lizauba, 2008)

Con predominio de alteraciones disociales:

La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial (Lizauba, 2008)

Con alteración mixta de emociones y disociales:

Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones que se destacan (CIE 10, 1999).

Trastornos Disociativos (de conversión)

Se evidencia la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales, por lo general hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. Esta capacidad para ejercer un control consciente se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario (CIE 10, 1999).

El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver se transformen de alguna manera en síntomas (Lizauba, 2008)

El comienzo y la terminación de los estados disociativos suele ser repentino y rara vez pueden ser presenciados, excepto durante interacciones artificiales o procedimientos tales como la hipnosis o la abreacción. La transformación o la desaparición de un estado disociativo pueden limitarse al tiempo que duren estas intervenciones (Lizauba, 2008).

Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los estados disociativos que han persistido más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica, suelen ser resistentes a los tratamientos, (Lizauba, 2008)

Los pacientes con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de las características clínicas ya especificadas en los trastornos aislados.
- b) Ausencia después de las exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas.
- c) Evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

Incluye:

Histeria.

Histeria de conversión.

Reacción de conversión.

Psicosis histérica.

Amnesia Disociativa

La característica principal es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intenso como para ser explicada por un olvido ordinario o a causa de fatiga. La extensión y alcance de la amnesia varía a menudo de día en día y según quién explore al enfermo, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en estado de vigilia. Se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva (CIE 10, 1999).

Los estados afectivos que acompañan a una amnesia psicógena son muy variados, pero es rara una depresión grave. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de un comportamiento de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno. Los adultos jóvenes son los más frecuentemente afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate. Los estados psicógenos disociativos son raros en las edades avanzadas. Puede presentarse también un vagabundeo limitado sin

propósito, pero dado que suele acompañarse de un abandono del aseo personal, rara vez dura más de uno o dos días (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

a) La presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo cual a veces sólo pueden ponerse de manifiesto a través de información de terceros).

b) La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

Excluye:

Síndrome amnésico debido al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Amnesia sin especificación

Amnesia anterógrada.

Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Amnesia postcrítica en la epilepsia.

Amnesia retrógrada.

Fuga disociativa

Fuga que tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad, por lo general sólo por unos pocos días, pero a veces incluso durante largos períodos de tiempo y con un grado sorprendente de aparente autenticidad. Los desplazamientos suelen ser a lugares previamente conocidos y de cierto significado afectivo para el paciente (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

a) Las características de la amnesia disociativa.

b) Un desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano (el límite entre vagabundeo y desplazamiento depende del conocimiento de las circunstancias locales).

c) El mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción simple con extraños (como el comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).

Estupor disociativo

En el estupor disociativo el comportamiento del enfermo satisface las pautas de estupor, pero la exploración clínica y la anamnesis ponen de manifiesto la falta de una etiología somática. Además, como en otros trastornos disociativos, hay evidencia positiva de una génesis psicógena en forma de presencia de acontecimientos biográficos estresantes recientes o de problemas sociales o interpersonales importantes (CIE 10, 1999).

El estupor se diagnostica por la ausencia o disminución significativa de la motilidad voluntaria y la respuesta normal a los estímulos externos como puede ser la luz, los ruidos y el ser tocado. El paciente permanece acostado o sentado considerablemente inmóvil durante largos períodos de tiempo. El habla y los movimientos espontáneos y voluntarios están ausentes o casi completamente ausentes. Aunque puede estar presente un cierto grado de perturbación de la conciencia, el tono muscular, la postura, la respiración y a veces la apertura y movimientos coordinados de los ojos son tales que son obvio que el enfermo no está ni dormido ni inconsciente (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) La presencia de un estupor, descrito más arriba.
- b) La ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor.
- c) La presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

Trastornos de trance y de posesión

En estos trastornos hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la conciencia del entorno. En algunos casos el paciente actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o fuerza del exterior (CIE 10, 1999).

La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación de) ceremonias religiosas o culturales aceptadas (CIE 10, 1999).

Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad

En estos trastornos hay una pérdida o alteración de las funciones motrices o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo aparenta tener una enfermedad somática, y sin embargo, no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. Estos suelen representar el concepto que el enfermo tiene de un trastorno somático, lo cual puede no coincidir con la psicopatología de los síntomas de enfermedad somática. Por otra parte, la evaluación del estado psicológico del enfermo y de su situación social sugiere que la incapacidad funcional consecuencia de los síntomas puede estar ayudando al enfermo a escapar de conflictos desagradables o a expresar de una manera indirecta una necesidad de dependencia o un resentimiento. Aunque los problemas o conflictos puedan ser evidentes a terceros, el enfermo suele negar su existencia y atribuye cualquier molestia a los síntomas o a la incapacidad derivada de ellos (CIE 10, 1999).

El grado de incapacidad de estos síntomas puede variar de una circunstancia a otra, dependiendo del número y el tipo de las personas presentes y del estado emocional del enfermo. En otras palabras, puede haber una cierta proporción de búsqueda de atención añadida a un núcleo central e invariable de pérdida de la motilidad o de la sensibilidad que no está bajo el control voluntario (CIE 10, 1999).

En algunos pacientes los síntomas surgen en íntima relación con una situación de estrés psicológico, pero en otros no sucede así. Puede ser sorprendente, pero no es constante, una tranquila aceptación ("belle indifférence") de la grave incapacidad

y la cual por otra parte también puede estar presente en individuos bien adaptados que se enfrentan a obvias y graves enfermedades somáticas (CIE 10, 1999).

Suele ser posible poner de manifiesto anomalías premórbidas de las relaciones personales y de la personalidad y parientes cercanos o amigos pueden haber padecido enfermedades somáticas con síntomas similares a los del enfermo. A menudo se ven variedades moderadas y transitorias de estos trastornos en adolescentes, en particular del sexo femenino, pero los casos crónicos suelen presentarse en adultos jóvenes. En unos pocos se desarrolla una forma repetitiva de reacción ante estrés mediante trastornos de este tipo, cuya presentación puede persistir mucho tiempo, ya en las edades medias y avanzadas de la vida (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

En presencia de trastornos del sistema nervioso o cuando se trata de un individuo con una buena adaptación previa y con relaciones familiares y sociales normales, el diagnóstico debe ser hecho con mucha precaución (CIE 10, 1999).

- a) No debe haber evidencia de un trastorno somático.
- b) Debe haber un conocimiento suficiente del entorno psicológico y social y de las relaciones interpersonales del enfermo para permitir una presunción razonable de los motivos de la aparición del trastorno.

Trastornos disociativos de la motilidad

En este trastorno la parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos (CIE 10, 1999).

Pueden presentarse la falta de coordinación de movimientos (ataxia), en particular de las piernas, dando lugar a extraños modos de andar o a la incapacidad de permanecer en pie sin ayuda (astasia-abasia). Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo (CIE 10, 1999).

Incluye:

Afonía psicógena.

Disfonía psicógena.

Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas logran imitar a los ataques epilépticos, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance (CIE 10, 1999).

Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

Estas relacionadas con las ideas del paciente sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también una discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias (CIE 10, 1999).

La pérdida de la visión es rara vez total y las perturbaciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa en general o una "visión en túnel". A pesar de las quejas de pérdida visual, la movilidad general del enfermo y las funciones motrices aisladas suelen estar sorprendentemente bien conservadas (CIE 10, 1999).

La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos frecuentes que la pérdida de sensibilidad cutánea o de la visión.

Incluye: Sordera psicógena (CIE 10, 1999).

Síndrome de Ganser

Hay que codificar aquí el trastorno complejo, descrito por Ganser y caracterizado por pararrespuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena (CIE 10, 1999).

Trastorno de personalidad múltiple

Este trastorno es raro, y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única (CIE 10, 1999).

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra, (CIE 10, 1999).

Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción (CIE 10, 1999).

Trastornos somatomorfos

Presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico (CIE 10, 1999).

En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales (CIE 10, 1999).

Excluye:

Trastornos disociativos

Tricotilomanía.

Lambdacismo

Ceceo.

Onicofagia

Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar

Disfunciones sexuales no orgánicas

Movimientos estereotipados

Succión del pulgar

Síndrome de Gilés de la Tourette

Trastornos de tics en la infancia y adolescencia

Trastorno de somatización

Es una afección prolongada con la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el paciente y que haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los pacientes han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas sobre resultados orgánicos. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, siendo los más frecuentes las molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón,

dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes (CIE 10, 1999).

El curso del trastorno es crónico y fluctuante, suele acompañarse de interferencias duraderas en la actividad social, interpersonal y familiar del paciente (CIE 10, 1999).

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos con fármacos con el que se busca disminuir la sintomatología orgánica, suele presentarse dependencia o abuso de estos, habitualmente sedantes y analgésicos (CIE 10, 1999).

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo, pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individual o familiar característicos. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico (CIE 10, 1999).

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas.

Incluye: Trastorno psicósomático indiferenciado (CIE 10, 1999).

Trastorno hipocondriaco

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 o frecuentes como excepcionales y

molestos, centrando su atención, casi siempre sólo 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 él mismo destaca (CIE 10, 1999).

Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia) (CIE 10, 1999).

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) (CIE 10, 1999).

Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se 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 (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

a) Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando las

exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto (CIE 10, 1999).

b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

Incluye:

Hipocondría.

Neurosis hipocondriaca.

Nosofobia.

Dismorfofobia (no delirante).

Trastorno corporal dismórfico.

Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovasculares, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal ("neurosis gástrica" y "diarrea nerviosa"). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). El cuadro clínico característico viene dado

por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno (CIE 10, 1999).

En muchos enfermos que padecen este trastorno pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas para esta categoría, (CIE 10, 1999).

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema, (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- b) Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (CIE 10, 1999).

Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:

Del corazón y el sistema cardiovascular

Incluye:

Neurosis cardíaca.

Astenia neurocirculatoria.

Síndrome de Da Costa.

Del tracto gastrointestinal alto

Incluye:

Neurosis gástrica.

Aerofagia psicógena.

Hipo psicógeno.

Dispepsia psicógena.

Piloroespasmo psicógeno.

Del tracto gastrointestinal bajo

Incluye:

Flatulencia psicógena.

Meteorismo psicógeno.

Colon irritable psicógeno.

Diarreas psicógenas.

Del sistema respiratorio

Incluye:

Hiperventilación psicógena.

Tos psicógena.

Del sistema urogenital

Incluye:

Disuria psicógena.

Polaquiuria psicógena.

Vejiga nerviosa.

Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así (CIE 10, 1999).

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia.

Incluye:

Psicalgia.

Lumbalgia psicógena.

Cefalea psicógena.

Dolor somatomorfo psicógeno.

Excluye:

Dolor sin especificación (R52.-).

Cefalea de tensión (G44.2).

Lumbalgia sin especificación (M54.9) (CIE 10, 1999).

Otros trastornos somatomorfos

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado. No existe lesión tisular (CIE 10, 1999).

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la

atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de "cosas raras" sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- a) "Globo histérico" (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- b) Tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de la Tourette).
- c) Prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema).
- d) Dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0)).
- e) Rechinar de dientes (CIE 10, 1999).

Trastorno somatomorfo sin especificación

Incluye:

Trastorno psicofisiológico sin especificación.

Trastorno psicósomático sin especificación

Neurastenia

Hay considerables variaciones culturales en la presentación de este trastorno, del que hay dos tipos principales, que se solapan entre sí. En el primero, el rasgo característico es la queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse como la presencia desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, de dificultades para concentrarse y en general de falta de rendimiento del pensamiento. En el otro tipo, el acento recae sobre una sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos son frecuentes una serie de sensaciones somáticas desagradables tales como vértigo, cefaleas de tensión o sensación de inestabilidad general. También suele aparecer preocupación sobre la falta de bienestar mental y físico, irritabilidad, anhedonia y, en grado menor y variable, estados de ánimo ansioso y depresivo.

Con frecuencia aparecen alteraciones en las fases iniciales y medias del sueño, aunque también puede destacar la somnolencia (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo requiere la presencia de:

Quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos.

Dos o más de las siguientes: a) sensación de dolor y molestias musculares, b) mareos, c) cefaleas de tensión, d) trastornos del sueño, e) incapacidad para relajarse, f) irritabilidad o g) dispepsia.

Además, si estuvieran presentes síntomas vegetativos o depresivos, no serían lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación.

Incluye: Síndrome de fatiga (crónica) (CIE 10, 1999).

Excluye:

Malestar general, fatiga y debilidad nerviosa (R53).

Agotamiento (Z73.0).

Síndrome de astenia postviral (G93.3).

Psicastenia (F48.8). Astenia sin especificación (R53) (CIE 10, 1999).

Trastorno de despersonalización-desrealización

Trastorno en el que el individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos (faltos de espontaneidad). El enfermo puede sentir que ya no es él el que rige su propia actividad de pensar, imaginar o recordar, de que sus movimientos y comportamiento le son de alguna manera ajenos, que su cuerpo le parece desvitalizado, desvinculado de sí mismo o extraño, que su entorno le parece falto de colorido y de vida, como si fuera artificial o como si fuera un

escenario sobre el que las personas actúan con papeles predeterminados (CIE 10, 1999).

En algunos casos, el enfermo puede sentir que se está observando a sí mismo desde cierta distancia o como si estuviera muerto. La queja de pérdida de los sentimientos es la más frecuente entre estos diversos fenómenos (CIE 10, 1999).

El número de enfermos que sufre este trastorno de forma pura o aislada es pequeño. Por lo general, los fenómenos de desrealización-despersonalización aparecen en el contexto de enfermedades depresivas, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos. Pueden darse también elementos de este síndrome en individuos mentalmente sanos, en estados de fatiga, privación sensorial, intoxicación alucinógena, o como un fenómeno hipnagógico o hipnopómpico. Las manifestaciones del síndrome de despersonalización, desrealización son similares a las llamadas "experiencias límites ante la muerte", que acompañan a situaciones de peligro extremo para la vida (CIE 10, 1999).

Pautas para el diagnóstico

- a) Síntomas de despersonalización tales como que el enfermo siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo, son distantes o ajenas, se han perdido, etc.
- b) Síntomas de desrealización tales como que los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc.
- c) El reconocimiento de que se trata de un cambio espontáneo y subjetivo y no ha sido impuesto por fuerzas externas o por otras personas (persiste una adecuada conciencia de enfermedad).
- d) Claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado tóxico confusional o de una epilepsia (CIE 10, 1999).

Otros trastornos neuróticos especificados

Trastornos mixtos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no clara, que se presentan en ciertas culturas con especial frecuencia, tales como el síndrome de Dhat (preocupaciones no fundamentadas

sobre los efectos debilitantes de la pérdida del semen), el síndrome de Koro (miedo a que el pene se invagine dentro del abdomen y cause la muerte) y Latah (respuestas comportamentales miméticas y automáticas). La relación intensa de estos síndromes con creencias aceptadas en culturas concretas de determinados lugares y el propio comportamiento sugieren que no deban ser considerados como delirantes (CIE 10, 1999).

Incluye:

Trastorno de Britquet.

Síndrome de Dhat.

Koro.

Latah.

Neurosis ocupacional (incluye calambre del escribiente).

Psicastenia.

Neurosis psicasténica.

Síncope psicógeno.

Trastorno neurótico sin especificación

Incluye: Neurosis sin especificación.

Características de ambos sistemas de clasificación.

DSM – IV

CIE - 10

DSM – IV	CIE - 10
<p>IV revisión. APA (Asociación Americana de Psiquiatría). Su evaluación se organiza en cinco ejes. Recoge los trastornos del lenguaje como trastornos de la comunicación. Clasifica enfermedades.</p>	<p>Décima versión. OMS (Organización mundial de la Salud). No contempla la entidad mixta trastorno de la expresión – comprensión y la denomina trastorno de la comprensión.</p>

Se basa en cuatro criterios diagnósticos:	Clasifica enfermedades.
Descripción clínica.	Se basa en pautas para el diagnóstico.
Etiología.	
Evaluación.	
Diagnóstico Diferencial.	

Tabla No 1: Características de ambos sistemas de clasificación.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastornos de Ansiedad

Tablas comparativas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (2002), y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, CIE 10 (1999), existen los siguientes trastornos de ansiedad entre los cuales tenemos:

Crisis de Angustia (panic attack)

DSM – IV

CIE - 10

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min.

Los individuos con crisis de angustia o también llamados ataques de pánico tienden a sentir, de forma inmediata o repentina durante un periodo de tiempo entre uno y diez minutos aproximadamente, presentando un miedo intenso que genera malestar en el individuo provocando que el mismo suela creer que está gravemente enfermo o incluso que van a morir o a volverse loco por eso tienden a huir del problema (DSM-IV-TR, 2002).

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización).

Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo CIE 10 (1999).

Tabla No 2: Crisis de angustia (panic attack)

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Agorafobia

DSM – IV

CIE - 10

Las personas que padecen de Agorafobia tienen un miedo intenso de encontrarse en espacios abiertos donde se encuentre mucha gente y sienten no poder escapar, entre unos de los temores que presenta el agorafobico es desmayarse, sufrir un infarto, caerse, hacer el ridículo entre otros, este miedo intenso es provocado por alguna experiencia negativa que el sujeto experimento y que provoco este tipo de aprendizaje que género en el individuo malestar y temores intensos provocando así la evitación a relacionarse con su medio externo (DSM-IV-TR, 2002).

Temores a lugares abiertos, también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro como su hogar.

Se relaciona con un conjunto de fobias, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. La vivencia de la falta de una salida inmediata a un lugar seguro es uno de los rasgos principales de muchas de las situaciones (CIE 10, 1999).

Tabla No 3: Agorafobia

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Fobia específica.

DSM – IV

CIE - 10

La fobia especifica forma parte de los trastornos de ansiedad en donde la persona presenta pánico y se siente muy ansiosa al ponerse en contacto directo con un objeto, animal o situación que genere el un miedo excesivo, que es más fuerte que la amenaza real. El individuo puede presentar sudoración excesiva, tener problemas para controlar los músculos aumento de la frecuencia cardíaca, presión alta entre otros (DSM-IV-TR,

Fobias que se refiere a situaciones muy específicas tales como a la cercanía de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Pese a que la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico (CIE 10, 1999).

2002).

Tabla No 4: Fobia Específica

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Fobia social

DSM – IV

CIE - 10

La fobia Social un miedo constante e irracional que se presenta ante situaciones que involucran el ser criticados o juzgados por parte de los demás, los individuos que presentan este padecimiento tienen un miedo intenso y evitan todo tipo de situaciones en donde puedan ser juzgadas por otras personas, puede empezar en la adolescencia y tal vez tenga una estrecha relación con aquellos padres que son sobreprotectores estas personas tienen un alto índice de generar dependencia a alguna sustancia como las drogas o el alcoholismo, debido a que el individuo puede crear una idea irracional de que estas sustancias lo pueden relajar y evitar presentar este miedo extremo (DSM-IV-TR, 2002).

Se evidencia el miedo a ser enjuiciado por otras personas dentro de un grupo comparativamente pequeño y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Suelen acompañarse de una baja autoestima y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social absoluto. (CIE 10, 1999).

Tabla No 5: Fobia Social

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastorno obsesivo-compulsivo.

DSM – IV

CIE - 10

Este trastorno está formado por las obsesiones y la compulsiones en donde las obsesiones son aquellos pensamientos, ideas, imágenes o impulsos que el individuo no los

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.
Los pensamientos obsesivos son

produce voluntariamente si no invaden la mente del ser humano y este los relaciona con algo repugnante que le genera una aberración, las obsesiones en cambio son aquellas conductas repetitivas que realiza el sujeto con el objetivo de evitar aquello que le genera la compulsión, como por ejemplo piensan que algo está sucio y limpian una y otra vez cuando en realidad está limpio así funciona este tipo de trastorno tienen un pensamiento erróneo y su conducta cambia volviéndose excesiva su respuesta (DSM-IV-TR, 2002).

impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser desagradables por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido y el que los padece suele intentar resistirse sin tener éxito alguno (CIE 10, 1999).

Tabla No 6: Trastorno obsesivo-compulsivo.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastorno por estrés postraumático

DSM – IV

CIE - 10

Las personas que padecen de este trastorno son aquellas que han pasado por algún tipo de situaciones o eventos que fueron determinantes en sus vidas como la muerte de un ser querido, un asalto entre otras situaciones que generan en el individuo ansiedad, donde el individuo tiene un miedo persistente de que dicha situación pueda volverse a

Se presentan episodios en los que puede volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de entumecimiento y embotamiento emocional, falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

repetir impidiendo que el sujeto se desarrolle de manera normal en su entorno (DSM-IV-TR, 2002).

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma CIE 10 (1999).

Tabla No 7: Trastorno por estrés postraumático.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastorno por estrés agudo

DSM – IV	CIE - 10
<p>El trastorno de estrés agudo es el que termina en un estrés postraumático a diferencia que este aparece a los pocos segundos que se da el suceso traumático y dura un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas en donde la persona sufre temporalmente cuadros de ansiedad como respuesta al estresor donde genera en el sujeto peligro en su integridad física y emocional (DSM-IV-TR, 2002).</p>	<p>Reacción a estrés agudo Trastorno transitorio que presenta niveles de gravedad importantes, aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico que excede los límites a los cuales el individuo tienen la capacidad de tolerar. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física de la persona o personas queridas o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo como por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda CIE 10 (1999).</p>

Tabla No 8: Trastorno por estrés Agudo.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastorno de ansiedad generalizada

DSM – IV

CIE - 10

Las personas que padecen de ansiedad generalizada a menudo está preocupada ansiosa ante diversas cosas o situaciones donde el individuo ve difícil poder controlar durante al menos 6 meses pueden sentirse ansiosas aun sin existir alguna causa clara que los esté preocupando, algunas de estas causas pueden estar relacionadas con la familia, interpersonales en el trabajo de dinero entre otras, aun cuando el sujeto reconoce que sus miedos no don lógicos las personas con este trastorno tiene dificultad para controlarlos (DSM-IV-TR, 2002).

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos CIE 10 (1999).

Tabla No 9: Trastorno de ansiedad generalizada.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad Médica

DSM – IV

CIE - 10

Este tipo de trastornos se da cuando la persona ha sido diagnosticada con

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a

algún tipo de enfermedad médica después de haber tenido los resultados de los diferentes análisis médicos, la persona empieza a presentar diversos estados de ansiedad dados por pensamientos irracionales como no me voy a curar me voy a morir por causa de la enfermedad entre otros los cuales generan malestar en el sujeto produciendo así que los síntomas se perpetúen no porque en realidad la persona siga enferma si no que la persona piensa que sigue enferma y presenta los síntomas aun cuando ya la enfermedad no exista el sujeto la vive como si fuese realidad (DSM-IV-TR, 2002).

enfermedad somática. Trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena

Estos trastornos tienen en común el que sus rasgos clínicos no permiten por sí mismos hacer un diagnóstico de presunción de un trastorno mental orgánico, como demencia o delirium. Por el contrario, sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a aquellas de los trastornos no considerados como "orgánicos" en el sentido específico (CIE 10, 1999).

Tabla No 10: Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.

Fuente: DSM-IV-TR, 2002, CIE 10, 1999.

Elaborado: Campaña, (2015).

2.5 HIPÓTESIS

2.5.1 Hipótesis Alternativa H1

Las visitas médicas influyen en la Ansiedad en los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato

2.5.2 Hipótesis Nula H0

Las visitas médicas no influyen en la Ansiedad en los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato

2.6. VARIABLES

Variable Dependiente: Ansiedad.

Variable Independiente: Visitas Médicas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE

Se utilizó la metodología cuantitativa en la evaluación de los niveles de ansiedad con la aplicación del reactivo STAIC, también se aplicó a la investigación el método cualitativo en las intervenciones psicológicas donde se valora la aceptación del tratamiento médico y la mejor y pronta recuperación que muestre el niño, con la evaluación del estado anímico en la que se encuentre durante los días que le resten su permanencia dentro del hospital.

Por lo que se considera que la investigación es de corte cuali-cuantitativo debido a la forma en la que se planteó para representar numéricamente y recolectar las características del problema investigado.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

De Campo

Se considera que la investigación fue de campo, ya que se recabaron los datos y se tomó la información en el lugar en donde se dieron los hechos que es el Hospital del IESS de la ciudad de Ambato, a los niños internos en el Área de Pediatría.

Bibliográfica Documental

La investigación fue bibliográfica documental debido a que se investigó a cerca de las Visitas Médicas y la Ansiedad Infantil en libros, artículos académicos, revistas, publicaciones de internet validadas y otros, que sirvieron como fuente teórica para el desarrollo de la misma.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Exploratorio:

Porque sondea un problema poco investigado o desconocido en un contexto particular y detecta los factores de ciertos acontecimientos.

3.3.2. Descriptivo:

Porque busca detallar aspectos fundamentales, tanto en el ámbito investigativo, como de los grupos humanos.

3.3.3. Explicativo:

Existe una amplia visión de las dos variables dentro del tema propuesto en la investigación como son las Visitas Médicas y los Niveles de Ansiedad de los niños hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital del IESS de la ciudad de Ambato.

3.4. POBLACIÓN

Se aplicó la evaluación a todos los niños de entre las edades comprendidas durante seis meses considerando que es una población que no permanece por mucho tiempo, se tomara una muestra de 100 niños aproximadamente por un periodo de 6 meses, de los cuales se realizara las intervenciones necesarias para el desarrollo de la investigación.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Operacionalización de la Variable Independiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	VISITAS MEDICAS				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTO
<p>Visitas Médicas: Control diario que realiza el médico tratante y especialista que realiza durante la permanencia dentro del ambiente hospitalario durante todo el proceso que tiene que atravesar el paciente para su recuperación.</p>	<p>Control Diario</p> <p>Permanente</p>	<p>Visitas que realizan el médico y especialista para el control de la evolución del paciente.</p> <p>Control de signos vitales en la</p>	<p>¿Cuántas visitas tiene el paciente?</p> <p>Cuántas veces se registra la</p>	<p>Observación, de campo.</p> <p>Observación estructurada,</p>	<p>Hoja Estructurada de Observación de Campo</p> <p>Epicrisis.</p>

	Ambulatorio	Unidad de Cuidados Intensivos	evolución del paciente en UCI?	de campo.	
		Control del paciente por consulta externa.	Como debe continuar el paciente con sus cuidados fuera del hospital?	Historia clínica.	Historia Clínica

Tabla No 11: Operacionalización de la Variable Independiente

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Operacionalización de la Variable Dependiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	ANSIEDAD			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Ansiedad: Estado que varía entre algunos niveles, en el que se pueden identificar síntomas fisiológicos que se presentan ante situaciones nuevas o extrañas las cuales alteran al paciente poniéndolo en un estado de vigilia, cambios en el estado del ánimo.</p>	<p>Muy Alto</p> <p>Alto</p>	<p>Esta desarrollado un trastorno de ansiedad.</p> <p>Puedes haber notado que la ansiedad interfiere con tu vida diaria, las relaciones o tu comportamiento regular. Probablemente has sufrido ataques de pánico. Si la ansiedad está empezando a ser</p>	<p>¿Qué nivel de ansiedad se diagnostica al niño?</p> <p>¿Estoy Preocupado?</p> <p>¿Tengo Miedo?</p> <p>¿Me siento molesto?</p>	<p>Ficha de Recolección de información luego de la aplicación del test</p> <p>Reactivo STAIC</p> <p>Ansiedad-Riesgo</p> <p>Cuestionario de Ansiedad Infantil.</p> <p>Aplicación del Cuestionario de Autoevaluación</p>

		muy difícil de controlar o tolerar.	¿Me siento menos feliz que los demás?	Ansiedad Estado-Rasgo en niños, elaborado por C.D. Spielberg. Este instrumento está destinado a medir específicamente el factor de la ansiedad y ofrece dos evaluaciones de la misma, la ansiedad como estado transitorio y la ansiedad como rasgo permanente.
	Moderado	Preocupación Miedo Molestia Inseguridad Intranquilidad	¿Me siento seguro?	
	Bajo	Buena tolerancia a los problemas y situaciones nuevas y desconocidas.	¿Estoy tranquilo?	
	Muy Bajo			

Tabla No 12: Operacionalización de la Variable Dependiente

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Test STAIC: Aplicación del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños, elaborado por C.D. Spielberg. Este instrumento está destinado a medir específicamente el factor de la ansiedad y ofrece dos evaluaciones de la misma, la ansiedad como estado transitorio y la ansiedad como rasgo permanente. Aplicación: Individual o colectiva. Tiempo: Variable, entre 15 y 20 minutos. Ámbito de aplicación: Niños de 7 a 16 años (Spielberger, 2009).

El Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños, elaborado por C.D. Spielberg. STAIC, presenta su confiabilidad y valides en las cuales corresponde a sus factores aplicados a la matriz factorial cada uno de sus ítems para que pueda ser aplicada en cualquier región de habla castellana o Americana, con el análisis de sus componentes principales para su validación se evaluó el nivel de asimetría de cada uno de sus ítems contemplados en el instrumento luego de realizar su corrección logarítmica natural a 0,7 buscando potenciar la muestra. Se aplica al reactivo laprueba de Normalidad de Kaiser, Meyer, Olkin y se realiza el análisis de los índices de confiabilidad a través del método Alpha de Cronbach, obteniendo un nivel de dispersión adecuado para un test diagnóstico , considerando normal para este tipo de pruebas(Spielberger, 2009).

La prueba STAIC está destinada a medir específicamente el factor de la Ansiedad, y ofrece dos evaluaciones de la misma con 20 elementos cada una:

Ansiedad estado (A/E): el niño expresa "cómo se siente en un mometo determinado", intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos de aprensión, tensión, y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo (Spielberger, 2009).

Ansiedad Rasgo (A/R): el niño expresa "cómo se siente en general". La prueba intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad (Spielberger, 2009).

Ficha de Registro: Elaborada para obtención de datos sobre el niño y el número de visitas, así como también para la obtención de datos relevantes para la investigación. Cuadro realizado y adaptado en base a la necesidad de la investigación, esta fue debidamente validada por los docentes de la Universidad Técnica de Ambato, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la carrera en mención, previo al desarrollo de la investigación.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para cumplir con los objetivos planteados se iniciará con la investigación del número de pacientes internados que tengan la edad requerida, se realizarán entrevistas con el personal médico con el cual se obtendrá los datos de la hora de las respectivas visitas médicas y de asistencia médica para mediante la observación obtener datos del comportamiento de los niños antes y después de las intervenciones, se entrevistará a los padres sobre la condición médica, el conocimiento de la enfermedad que padece el niño los cuidados que se le proporcionan durante su estadía en el centro hospitalario, luego se procederá a la Aplicación del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños STAIC, se realizará la calificación e interpretación del test para obtener los niveles de ansiedad que presentan los niños. Cuando se inicie la elaboración del material psicoterapéutico y comprobando la hipótesis en la cual constan los datos de ansiedad.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

4.1.1 Análisis e interpretación de la variable independiente

Hoja Estructurada de Recolección de Datos del paciente Interno

Objetivo: Determinar numéricamente las visitas que el paciente recibía diariamente por parte del médico especialista

Resultados de la Tabulación realizada

Visitas Médicas.

# DE VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	20	20%
2	32	32%
3	48	48%
TOTAL	100	100%

Tabla No 13: Visitas Médicas.

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Análisis

Los resultados obtenidos en el cuadro anteriormente presentado son base de la recolección de datos en cuanto a número de visitas médicas por paciente dentro del área de Pediatría del Hospital del IESS Ambato; analizando el porcentaje obtenido se puede evidenciar el predominio del número de 3 visitas diarias

obteniendo un 48% de pacientes que las reciben, seguido posteriormente de un total de 2 visitas diarias con un porcentaje de 42%, y finalmente se tienen a los pacientes que reciben tan solo una visita diaria con un porcentaje del 20%.

Número de Visitas Médicas

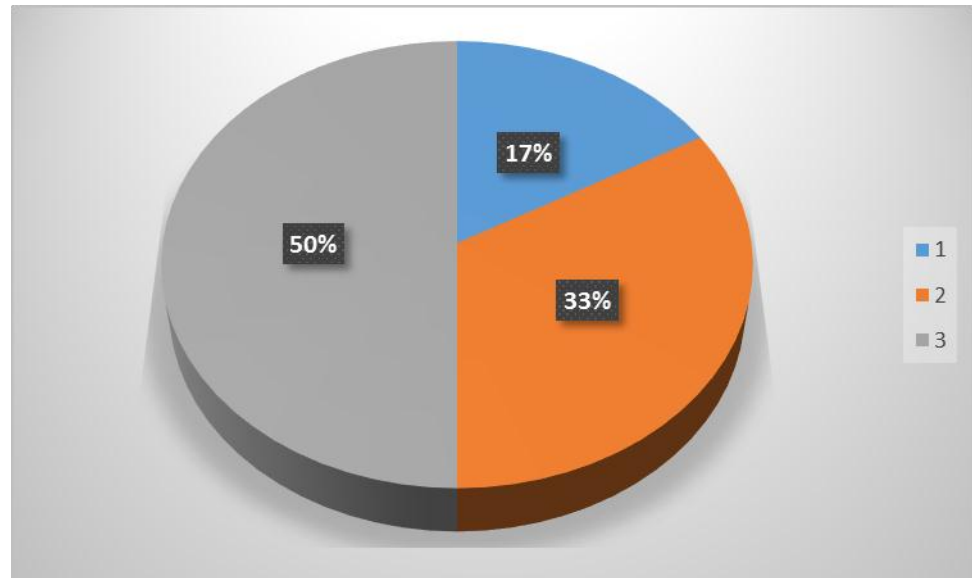


Gráfico No 5: Número de Visitas Médicas

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Interpretación:

De los datos obtenidos en la investigación se puede interpretar que el número de visitas médicas que se realicen a cada paciente dependen mucho de la gravedad del caso, acotando que cada paciente tiene al menos 1 visita al día en la que se controla su estado y mejoría y en los mejores casos se resuelve darles el alta.

4.1.2 Análisis e interpretación de la variable dependiente:

Cuestionario de Ansiedad Estado Riesgo en Niños STAIC

Objetivo: Recabar información en relación a los niveles de ansiedad en los niños y niñas hospitalizados en el Hospital del IESS de la ciudad de Ambato, con relación a la variable independiente.

Resultado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Riesgo en Niños STAIC, aplicado a los niños y niñas hospitalizados en el Hospital del IESS de la ciudad de Ambato.

Resultados de Los Niveles de Ansiedad.

ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BAJO	12	12%
BAJO	15	15%
PROMEDIO	22	22%
ALTO	24	24%
MUY ALTO	27	27%
TOTAL	100	100%

Tabla No 14: Resultados de Los Niveles de Ansiedad.

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Análisis:

Los resultados obtenidos evidencian los niveles de ansiedad de los niños como influencia de las visitas médicas, obteniendo el nivel de ansiedad muy alto en un 27%, seguido de un nivel alto de ansiedad en los niños de un 24%, también se tiene un 22% de nivel de ansiedad promedio, un 15% de nivel de ansiedad bajo y finalmente se tiene un nivel de ansiedad muy bajo con el 12%.

Niveles de Ansiedad

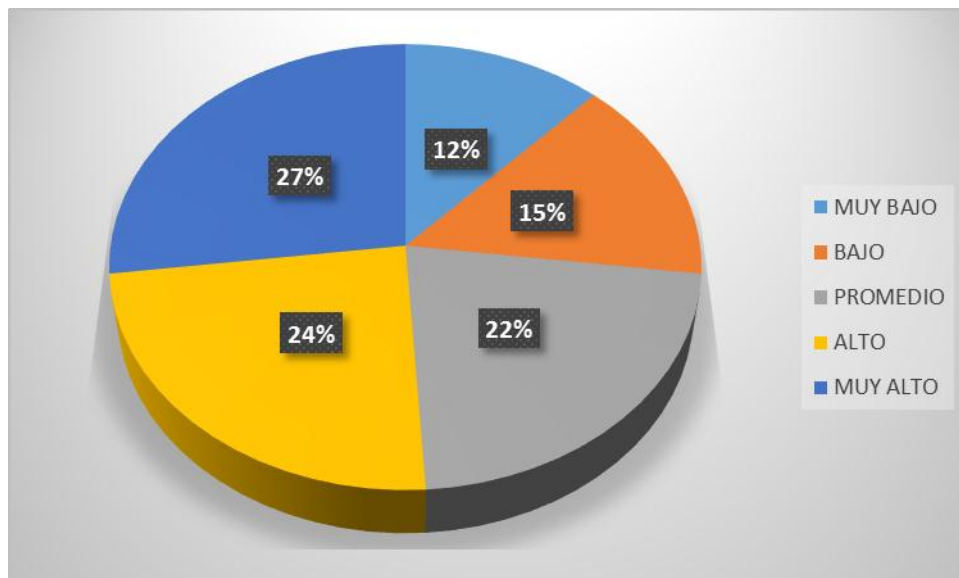


Gráfico No 6: Niveles de Ansiedad

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, X. (2015)

De acuerdo con la gráfica anteriormente presentada se puede evidenciar que predominan los niveles promedio, alto y muy alto de ansiedad, por lo que se puede decir que los niños investigados si presentan ansiedad en niveles algo preocupantes y deberían ser tratados.

RESULTADOS GLOBALES

Hoja de Resultados estructurada y Cuestionario de Ansiedad infantil, de los que una vez aplicados los reactivos en niños y niñas internos en el Hospital del IESS de la ciudad de AMBATO presentan los siguientes datos.

ANSIEDAD/ VISITAS	1 VISITA	2 VISITAS	3 VISITAS	TOTAL
MUY BAJO	3	6	3	12
BAJO	3	8	4	15
PROMEDIO	7	8	7	22
ALTO	5	7	12	24
MUY ALTO	2	3	22	27
TOTAL	20	32	48	100

Tabla No 15: Resultados globales.

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, X. (2015)

Análisis:

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que en relación en cuanto a las visitas y los niveles de ansiedad la mayor proporción de nivel de ansiedad alto la tienen al mismo tiempo los niños que mayor número de visitas tienen, por lo que se puede decir que la visita del médico genera un estado ansioso en los niños, el que debe ser tratado para que pueda ser evitado en ocasiones posteriores.

Resultados Globales.

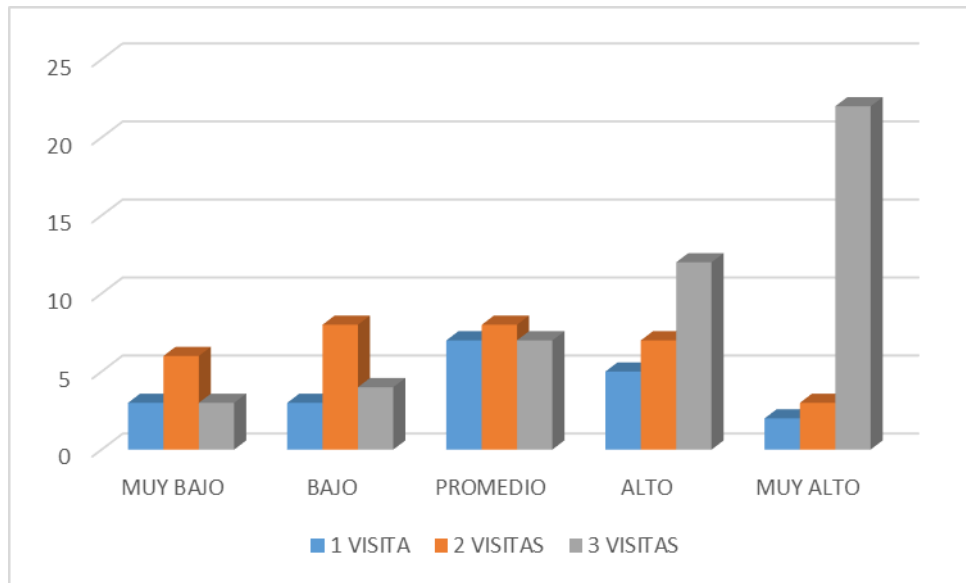


Gráfico No 7: Resultados Globales

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para determinar la región de aceptación y rechazo se calculan los grados de libertad, para posteriormente verificar el valor máximo que se puede obtener en la prueba del Ji Cuadrado.

Gl= Grados de Libertad

$$Gl=(c-1) (f-1)$$

$$Gl= (3-1) (5-1)$$

$$Gl= (2) (4)$$

$$Gl= 8$$

Con 8 grados de libertad el valor máximo de la prueba de Chi Cuadrado para estar dentro de la región de aceptación es de 15.50

Los datos de frecuencias observadas y esperadas se muestran a continuación:

Frecuencias Observadas

ANSIEDAD/ VISITAS	1 VISITA	2 VISITAS	3 VISITAS	TOTAL
MUY BAJO	3	6	3	12
BAJO	3	8	4	15
PROMEDIO	7	8	7	22
ALTO	5	7	12	24
MUY ALTO	2	3	22	27
TOTAL	20	32	48	100

Tabla No 16: Frecuencias Observadas

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Frecuencias Esperadas

	1 VISITA	2 VISITAS	3 VISITAS
MUY BAJO	2,4	3,84	5,76
BAJO	3	4,8	7,2
PROMEDIO	4,4	7,04	10,56
ALTO	4,8	7,68	11,52
MUY ALTO	0,54	8,64	12,96

Tabla No 17: Frecuencias Esperadas

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO

# DE VISITAS	NIVELES DE ANSIEDAD	O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
1	MUY BAJO	3	2,4	0,6	0,36	0,15
	BAJO	3	3	0	0	0,00
	PROMEDIO	7	4,4	2,6	6,76	1,54
	ALTO	5	4,8	0,2	0,04	0,01
	MUY ALTO	1	0,54	0,46	0,2116	0,39
2	MUY BAJO	5	3,84	1,16	1,3456	0,35
	BAJO	7	4,8	2,2	4,84	1,01
	PROMEDIO	8	7,04	0,96	0,9216	0,13
	ALTO	7	7,68	-0,68	0,4624	0,06
	MUY ALTO	3	8,64	-5,64	31,8096	3,68
3	MUY BAJO	3	5,76	-2,76	7,6176	1,32
	BAJO	4	7,2	-3,2	10,24	1,42
	PROMEDIO	7	10,56	-3,56	12,6736	1,20
	ALTO	12	11,52	0,48	0,2304	0,02
	MUY ALTO	16	12,96	3,04	9,2416	0,71
	TOTAL					11,996043

Tabla No 18: Calculo del Chi cuadrado

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Prueba del Chi Cuadrado

Prueba de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	30,394 ^a	12	,002	,031		
Razón de verosimilitudes	31,807	12	,001	,000		
Estadístico exacto de Fisher	26,448			,000		
Asociación lineal por lineal	12,500 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	32					
a. 8 casillas (95,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.						
b. El estadístico tipificado es -3,536.						

Tabla No 19: Prueba del Chi cuadrado

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Comparación del Chi-Cuadrado Prueba con el Chi-Cuadrado Tabla.

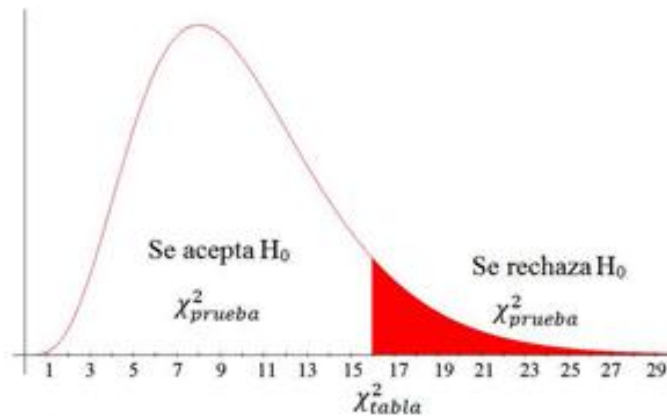


Grafico No 8: Comparación del Chi-Cuadrado Prueba con el Chi-Cuadrado Tabla

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, (2015).

Interpretación:

Con 8 grados de libertad y 95% de confiabilidad, aplicando la prueba Chi Cuadrado se tiene que el valor tabular es de 15.5 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis alternativa que dice “Las visitas médicas influyen en la Ansiedad en los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- Luego de haber realizado la investigación se concluye que el número de visitas médicas, mientras el niño se encuentra internado influyen directamente sobre sus niveles de ansiedad, lo que fue evidenciado a través de la hoja de recolección de información y la aplicación del Test Ansiedad Estado-Rasgo Infantil como reactivo.
- La mayoría de pacientes registró visitas médicas de por lo menos 3 veces, se considera que estas varían según la situación y estado de salud del paciente, a su vez que para que un niño se encuentre interno muchos días es debido a dolencias graves.
- Los niveles de ansiedad que predominaron fueron de Promedio a Muy Alto, dejando a los niveles bajo y muy bajo con menor porcentaje.
- El nivel de ansiedad muy alto es evidentemente el más predominante en los niños que se encuentran internos dentro del Hospital del IESS de Ambato, suponiéndose que es causado por la situación misma que vive el paciente y las continuas visitas médicas.
- Los niveles de ansiedad altos presentados por los niños, acorde al número de visitas que tuvieron durante su proceso de recuperación hospitalaria, se identifica que de acuerdo al número de visitas médicas que tenga el

paciente, estas influyen significativamente en la presencia de niveles altos de ansiedad en los niños.

5.2 RECOMENDACIONES:

- Se tome en cuenta los valores obtenidos dentro del estudio para casos de niños que presenten ansiedad debido a visitas médicas al momento de encontrarse internados en casas asistenciales.
- Brindar asesorías psicológicas a los pacientes durante el tiempo que se encuentren hospitalizados, para minorar los niveles de ansiedad presentados.
- Se utilice refuerzos positivos con los niños, y emplear distractores durante la visita médica para que el Médico tratante pueda realizar su control diario.
- La visita médica debe ser empática implementando un método de revisión médica con enfoque lúdico y haciendo participes a los padres, para el conocimiento de la enfermedad de los mismo y evitar agresiones por parte de los niños.
- Esta investigación debe reposar en la institución como mecanismo psicotécnico de bibliografía y consulta.
- Se realice campañas a favor de la disminución de los niveles de ansiedad infantiles, creando conciencia en lo importante de esta a favor del desarrollo integral del niño.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TEMA

“Plan Terapéutico para la Disminución de los Niveles de Ansiedad por Visitas Médicas en los Niños internos y padres de Familia en el Hospital del IESS Ambato”.

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato.

6.1.3 BENEFICIARIOS

Directos:

- Niños Internos
- Padres de Familia

Indirectos:

- Hospital del IESS
- Médicos
- Enfermeras

6.1.4 UBICACIÓN

Hospital del IESS Ambato. Ficoa Av. Rodrigo Pachano.

6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

6 meses

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Xavier Campaña (investigador)

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

A manera de antecedentes a la propuesta, se tienen los resultados arrojados mediante la aplicación de la hoja estructurada de recolección de datos y los reactivos aplicados, en los que se pudo evidenciar que a más visitas que tienen los niños, mayores niveles de ansiedad presentan.

Es muy importante el tratamiento de los niveles altos de ansiedad, con el fin de que no se tengan síntomas que puedan comprometer la vida diaria, en especial en este caso en el que se trata con niños y es importante su desarrollo integral sin acarrear problemas a futuro.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Se encuentra mucha factibilidad y credibilidad en la aplicación de la propuesta planteada, ya que todos los padres de familia se vieron entusiasmados con el hecho de que los niveles de ansiedad en sus hijos puedan ser controlados y bien llevados con resultados a futuro.

Como se menciona en el tema de la propuesta, lo que se va a aplicar es la prevención primaria para mediante este método lograr y demostrar la reducción de

los niveles de ansiedad, ocasionados por la estancia hospitalaria, las visitas médicas y el mismo estado de salud del paciente.

6.4 OBJETIVOS

Objetivo general:

Implementar un Plan Terapéutico para la Disminución de los Niveles de Ansiedad por Visitas Médicas en los Niños internos en el Hospital del IESS Ambato.

Objetivos específicos:

- Determinar la situación actual de los niños internos en el Hospital del IESS Ambato.
- Describir las formas mediante las cuales se logrará la realización de la propuesta.
- Reducir los niveles de ansiedad, y síntomas fisiológicos en los niños internos en el Hospital del IESS Ambato.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA

La Ansiedad es una experiencia prácticamente universal. Una cita importante, una entrevista de trabajo, la percepción de una situación como potencialmente peligrosa, un examen crucial son experiencias a las que las mayoría de la personas se enfrentan en alguna ocasión y donde experimentan los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad; taquicardia, palmas de las manos sudorosas, preocupación, aceleración de la respiración, temor, aprensión, rigidez muscular, etc (González, 2012).

Los Trastornos de Ansiedad, en cambio, son trastornos psicológicos que difieren cuantitativa y cualitativamente de las sensaciones relacionadas con los nervios o la agitación que surgen espontáneamente cuando debemos hacer frente a una situación desafiante, intimidante o potencialmente peligrosa para nuestra propia integridad. Los Trastornos de Ansiedad tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual (Puchol, 2003).

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles (Virues, 2005).

En lugar de cumplir su función natural y primigenia, es decir, actuar como mecanismos de preparación, atención, protección y alerta frente al peligro, estos signos de activación emocional pierden su valor adaptativo y convierten a algunas situaciones o eventos cotidianos en fuentes potenciales de terror y pánico. Cuando este tipo de trastornos no son adecuadamente diagnosticados y tratados con el paso del tiempo y de la progresión de la enfermedad, pueden impulsar a la persona a adoptar toda una serie de medidas extremas de evitación y/o huida que le mantengan 'seguro' de las fuentes de peligro percibido, desde evitar salir de casa hasta esquivar cualquier tipo de contacto social. Este tipo de medidas afectan intensamente a la calidad de vida de la persona afectada por este tipo de trastornos, tanto a nivel personal como familiar, social o laboral (Virues, 2005).

Ansiedad adaptativa vs ansiedad patológica

Es importante destacar que la ansiedad, por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica sino más bien todo lo contrario, cumple una función

esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo clave de activación y alerta ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando el afrontamiento rápido, ajustado y eficaz ante este tipo de situaciones (Puchol. 2003).

Cuando percibimos una situación o acontecimiento como potencialmente peligroso o desafiante, toda una serie de mecanismos internos se ponen en funcionamiento para permitirnos ‘reaccionar’ con éxito y rapidez. De hecho los rasgos asociados a la ansiedad no son más que el reflejo externo de la intensa actividad interna por el que nuestro propio cuerpo atraviesa para hacer frente a la situación percibida como potencialmente amenazante (Puchol. 2003).

Detengámonos en esta idea a través del análisis de algunos ‘síntomas’ típicos asociados a una respuesta de ansiedad:

1. Aumento de la Tensión Muscular

- Preparación para actuar con rapidez y agilidad.

2. Incremento del Pulso y la Tensión

- Más sangre llega a los músculos, el cerebro y los pulmones.

3. Aceleración del Ritmo Respiratorio

- Más oxígeno se encuentra disponible para afrontar el esfuerzo.

4. Incremento de la Transpiración

- Permite aliviar el exceso de temperatura producido por la acción.

5. Ralentización de otras Funciones Corporales Secundarias

- La función digestiva pasa a segundo plano en el consumo de recursos.

Como se puede observar, se trata de mecanismos fundamentales para asegurar nuestra supervivencia ante situaciones límite y su importancia es fundamental e indiscutible. Los problemas hacen su aparición cuando estas mismas “respuestas de emergencia” se producen fuera de su contexto, alejadas de su función primitiva, ante estímulos no justificados y presentan un carácter intenso, recurrente e incapacitante para el propio individuo. Muchas personas acaban percibiendo (o anticipando cognitivamente) algunas situaciones concretas y actividades cotidianas como fuentes de auténtico pánico o terror y las respuestas de ansiedad, en un principio adaptativas, acaban convirtiéndose en profundamente patológicas (Puchol. 2003).

Por lo tanto, y a partir de lo expuesto hasta ahora, ¿cuáles serían las dimensiones básicas que nos permitirían distinguir la Ansiedad Adaptativa de la Ansiedad Patológica?

1. Rasgos Generales de la Respuesta de Ansiedad

- Ansiedad adaptativa
- Frecuencia ocasional. Intensidad leve/media. Duración limitada
- Ansiedad patológica
- Frecuencia recurrente. Intensidad Elevada. Duración prolongada

2. Origen de la Respuesta de Ansiedad

- Ansiedad adaptativa
- Situaciones objetivas de amenaza, desafío o peligro potencial
- Ansiedad patológica
- Situaciones o estímulos desproporcionados o no justificados

3. Consecuencias de la Respuesta de Ansiedad

- Ansiedad adaptativa
- Interferencia leve o moderada en las actividades cotidianas
- Ansiedad patológica
- Interferencia grave y significativa en las actividades cotidianas

El impacto que la Ansiedad Patológica es capaz de ejercer sobre el individuo que la padece puede ser devastador y en la mayoría de ocasiones no está lo suficientemente reconocido. Las consecuencias del progresivo deterioro se extienden, no sólo al área personal, sino que afecta a las relaciones familiares y sociales e incluso a las posibilidades reales de desarrollo profesional. El impacto, tanto directo como indirecto, sobre la propia comunidad es difícilmente cuantificable (Puchol. 2003).

El impacto real de los trastornos de ansiedad

Algunos datos básicos y una selección de estadísticas extraídas de diversas investigaciones recientes nos permitirán entender, con mayor precisión y en su verdadera dimensión, el impacto real que sobre la población ejerce este tipo de trastornos, así como constatar la aparente contradicción que se puede observar al comparar la prevalencia e impacto de este tipo de trastornos y los recursos que desde las administraciones públicas se ponen a disposición de los profesionales especializados para combatir eficazmente este tipo de enfermedades mentales, lo que ha llevado a numerosos expertos a considerar a los Trastornos de Ansiedad como la verdadera epidemia silenciosa del siglo XXI (Esquivel, otros. 2005).

- Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo (Esquivel, otros. 2005).
- Los Trastornos de Ansiedad son considerados, en la actualidad, como los trastornos mentales más comunes en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad (Esquivel, otros. 2005).

- Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas (Esquivel, otros. 2005).
- Se calcula que cerca de 2.4 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, aproximadamente el 1.7% de la población, padecen Trastorno de Pánico. Este tipo de Trastorno de Ansiedad, por lo general, se desarrolla al final de la adolescencia o principio de la edad adulta (Esquivel, otros. 2005).
- Aproximadamente, 3.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, el 2.3% de la población, sufre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo cada año. Los primeros síntomas de la enfermedad se manifiestan durante la niñez o el inicio de la adolescencia (Esquivel, otros. 2005).
- Cerca de 5.2 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, el 3.6% de la población padece cada año el Trastorno por Estrés Postraumático. Este trastorno puede originarse a cualquier edad, incluso en la infancia, como respuesta a cualquier evento traumático (Esquivel, otros. 2005).
- La Agorafobia es sufrida por 3.2 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, lo que representa un 2.2% de la población dentro de ese grupo de edad. Por lo general, la Agorafobia tiende a aparecer al final de la adolescencia o principio de la edad adulta (Esquivel, otros. 2005).
- Aproximadamente, 4 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 2.8% de la población, sufre cada año el Trastorno por Ansiedad Generalizada. Si bien puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, las mayores probabilidades se concentran entre el final de la infancia y mediados de la edad adulta (Esquivel, otros. 2005).

- Cerca de 5.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, sobre el 3.7% de la población sufren Fobia Social. La edad de comienzo habitual se sitúa en el final de la niñez y el principio de la adolescencia (Esquivel, otros. 2005).
- La Fobia Específica es experimentada por 6.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 4.4% de la población. La aparición es especialmente común durante la infancia (Esquivel, otros. 2005).
- Las personas afectadas por los diferentes Trastornos de Ansiedad experimentan, entre otros síntomas, ataques de pánico y crisis de angustia recurrentes, dificultades de concentración, pensamientos y creencias irracionales, miedos desproporcionados y paralizantes, adhesión involuntaria a rituales y comportamientos compulsivos, flashbacks patológicos e incontrolables, pesadillas frecuentes, distorsiones cognitivas, dificultades para conciliar el sueño o innumerables procesos psicósomáticos de intensidad y gravedad variables (Rivera. 2005).
- Es relativamente frecuente que los Trastornos de Ansiedad se presenten junto a otro tipo de trastornos psicológicos, como los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias o los trastornos del comportamiento alimentario (Rivera. 2005).
- Las mujeres presentan un riesgo dos veces superior al de los hombres de padecer este tipo de trastornos psicológicos (Rivera. 2005).
- Se calcula que el costo económico, tanto directo como indirecto, asociado a los Trastornos de Ansiedad, sólo en Estados Unidos, alcanzan los 46.6 billones de dólares anuales (Esquivel, otros. 2005).
- Debido a la falta de información generalizada, tanto entre la población general como entre los propios profesionales médicos, así como a la

supervivencia del estigma asociado a los trastornos mentales, menos del 30% del total de los pacientes afectados buscan tratamiento por parte de profesionales cualificados y especializados. Las personas que sufren Trastornos de Ansiedad deben recorrer una media de cinco especialistas médicos antes de lograr que su trastorno real sea diagnosticado de forma precisa (Esquivel, otros. 2005)

Clasificación de los trastornos de ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), así como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1992), podemos agrupar los Trastornos de Ansiedad en dos grandes categorías:

El trastorno de ansiedad generalizada

El individuo afectado por este trastorno presenta, como norma general, un patrón característico de ansiedad, aprensión y preocupación excesiva y no justificada sobre una amplia gama de acontecimientos, hechos, actividades o situaciones, prolongándose su duración durante más de seis meses. Este estado de constante preocupación y desasosiego es incontrolable para el individuo y se manifiesta con síntomas característicos y visibles como la inquietud, la sensación de fatiga no justificable, la impaciencia, tensión/rigidez muscular generalizada, estado de ánimo irritable, dificultades de concentración o alteraciones en los patrones habituales de sueño. Estos síntomas interfieren negativamente en la actividad habitual del sujeto de forma significativa (DSM-IV-TR, 2002).

La crisis de angustia

Los ataques de pánico o crisis de angustia se caracterizan por la aparición súbita, temporal y aislada de miedo o malestar muy intensos, acompañados de una serie de síntomas muy característicos e inquietantes, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos desde el inicio de la crisis (DSM-IV-TR, 2002).

Entre estos síntomas habituales y característicos de los ataques de pánico o crisis de angustia se encuentran las palpitaciones, las sacudidas del corazón, la elevación del ritmo cardíaco, la presencia de sudoración intensa, los temblores involuntarios, la sensación de ahogo o falta de oxígeno, la sensación de atragantarse, una intensa opresión o malestar en la región del pecho, una súbita aparición de molestias gastrointestinales, inestabilidad, mareo, sensación de desmayo, desrealización (sensación de aparente irrealidad), despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), miedo a perder el control, temor a volverse loco, miedo a la muerte, presencia de parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones intensas (DSM-IV-TR, 2002).

6.6 METODOLOGÍA

MODELO OPERATIVO				
ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS
Contacto Inicial	Crear un ambiente de confianza	<p>Crear Empatía</p> <p>Interactuar con el grupo</p> <p>Conocer más de cada niño</p> <p>Establecer un lazo amistoso.</p> <p>Relajación Muscular de Koeppen.</p>	15 minutos	<p>Gigantografías</p> <p>Laptop</p> <p>Flash memory</p> <p>Infocus.</p> <p>Recursos humanos</p>
Encuadre	Ejecutar Talleres que permitan debatir los temas propuestos con los niños y se desarrolle mediante proyecciones colectivas.	<p>Identificación, expresión y manejo de sus sentimientos.</p> <p>Trabajo con títeres.</p> <p>Montaje de escenario.</p> <p>Incrementar la confianza en si mismos.</p> <p>Disminución de la ansiedad.</p>	30 minutos	<p>Investigador</p> <p>Carteles</p> <p>Laptop</p> <p>Infocus</p> <p>Títeres</p> <p>Material Ludico.</p>

Compartir experiencias	Compartir experiencias con los niños con el fin de que se abran a contar cuáles son sus miedos y que les provoca ansiedad en su estado actual	Dibujos. Manipulación de colore Role Playing.	1 hora	Laptop Láminas de colores Gigantografias Recursos Humanos
	Crear un espacio lúdico que permita intervenir sobre las necesidades y los miedos de los niños.			

Cierre	Repaso final de las actividades	Repaso de las actividades Actividades recreativas. Psicoeducación Dirigida a los padres y personal Hospitalario.	40 minutos	Laptop Infocus Flash memory Expositor Asistentes.
--------	---------------------------------	--	------------	---

Tabla No 20: Metodología

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, X. (2015)

6.7 RECURSOS

6.7.1 Recursos Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato.
- Hospital del IESS Ambato

6.7.2 Recursos Humanos

- Investigador: Xavier Campaña
- Tutor

6.7.3 Recursos Físicos

- Recursos bibliográficos
- Material de oficina
- Test psicológicos

6.7.4 PRESUPUESTO

RUBRO	VALOR
RECURSOS HUMANOS	300,00
RECURSOS MATERIALES	0,00
TOTAL	\$300,00

Tabla No 21: Presupuesto

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, X. (2015)

6.7.5 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD		MES															
		1	2	3	4	5	6										
CONTACTO INICIAL	INTERACTUAR CON EL GRUPO	■		■		■		■		■		■		■		■	
	CONOCER MAS DE CADA NIÑO	■		■		■		■		■		■		■		■	
	ESTABLECER EMPETIA	■		■		■		■		■		■		■		■	
ENCUADRE	CHARLAS	■		■		■		■		■		■		■		■	
	CONVERSACIONES	■		■		■		■		■		■		■		■	
	EXPOCICIONES	■		■		■		■		■		■		■		■	
COMPARTIR EXPERIENCIAS	SOCIALIZAR		■		■		■		■		■		■		■		■
	PEDIR APORTES A CADA NIÑO		■		■		■		■		■		■		■		■
CIERRE	REPASO DE LAS ACTIVIDADES		■		■		■		■		■		■		■		■
	ACTIVIDADES RECREATIVAS		■		■		■		■		■		■		■		■

Tabla No 22: Cronograma

Fuente: “Visitas médicas y su influencia en la ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del hospital del IESS Ambato”

Elaborado: Campaña, X. (2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguilera, P. (2007). *La ansiedad en niños hospitalizados*. Cundinamarca, Colombia. Aquichan.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson.
- Ancona, F. E. (2010). *Psicoterapia Infantil con Juego Casos Clínicos*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2013). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Publicado en Registro Oficial del 28 de septiembre del 2013. Ecuador.
- Baeza, G. Balguer, C. & otros. (2008). *Higiene y prevención de la Ansiedad*. Madrid. Editorial Diaz de Santos.
- Benassini, O. (2010). *Psicopatología del Desarrollo Infantil y de la Adolescencia*. México DF: Trillas S.A.
- Benito M, otros. (2012). *Libro Planes Cuidados Especializada.2*. Publicado por Montse Gorchs Molist. Mérida.
- Colombo, G. (2005). *Psicopatología clínica*. Cleup, Padova, Italia.
- CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, OMS, (1999) *CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Biblioteca particular.
- Gabbard, G.O. (2009). *Principles of psychodynamic psychiatry*. American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O., & Atkinson, S.D. (2009). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Grupo Ars Xxi De Comunicacion.
- Gómez, D. (1999). *Cuestionario de Ansiedad Infantil de John S. Gillis*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goncalves, D. F. (2003). *Guía de la buena práctica en Depresión y Ansiedad*. Madrid: Internacional Marketing & Communications S.A.

- Gutiérrez, A. (2011). *Los niños, el miedo y los cuentos. Como contar, cuentos que curan*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.
- Grupo Oceano. (s.f.). *Psicología para todos, Aprendizaje, conducta y emociones*. (Vol. 1). Barcelona, España: Editorial Oceano.
- Hernández, M. C. (2007). Principios Básicos y perspectivas en pediatría. En M. C. Hernández, *Tratado de Pediatría Volumen 1* (págs. 1-10). Barcelona: Editorial Oceano.
- Ilahey, M. (1998). *Introducción a la Psicología* (Sexta ed.). Madrid, España: McGrawHill Iberoamericana.
- Jesús de la Gándara Martín, Jose Carlos Fuentes Rocañín. (1999). *ANGUSTIA Y ANSIEDAD. CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO*. M Madrid. Editorial Pirámide.
- Méndez F, Juan M. Ortigosa y Pedroche S. (1996). *Preparación A La Hospitalización Infantil (I): Afrontamiento Del Estrés. Publicado por: Universidad de Murcia. España*.
- Mercedes P. (2007). *Ansiedad en niñas maltradas de los quintos sextos y séptimos años de educación básica del liceo fiscal Eugenia mera*. Ambato.
- Moreno, P. & Martín, J. (2008). *Tratamiento psicologico del trastorno de, pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Madrid: Desclée de Brower.
- Naranjo G. (2011). *Cuadros Ansiosos, en pacientes Hospitalizados por Diabetes, Cirrosis y Ulcera Gástrica, en Clica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato periodo 2010-2011*. Ambato.
- Naranjo I & Fernández A. (2005). *Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje*. Revista de Educación, 341. Universidad de Granada
- Ortiz, M. (2008). *Guías Diagnosticas de Salud Mental*. Mexico D.F.
- Secada, F., & Barbera, E. (1984). *Psicología Evolutiva Edad de 6 años*. Barcelona.

LINKOGRAFÍA:

- Amanda K, Alfaro R. (2009) Vol.6, *Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Universidad de Chile. Recuperado de:*
http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- Bedini, S. (7 de Octubre de 2013). *Suit 101*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de Suit 101: <http://suite101.net/article/que-es-la-ansiedad-a24933#.VSIyoNyG9mA>
- David Puchol Esparza. (Septiembre, 2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*. Recuperado de:
<http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>
- Esquivel O, Pérez M, Rives D, Saavedra G, Vértiz A, Profesor: Oblitas G. (2005). *Modelos teóricos de la ansiedad (causas, consecuencias, diagnóstico)*. Recuperado de: <http://vivelibre.org/mybb/showthread.php?tid=1439>
- Fernández, A. (Julio de 8 de 2007). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/noticias/pediatria-y-sus-areas-especificas-una-especialidad-troncal>
- González C. (2012). *Efectividad de la terapia Su-jok en pacientes Ansiosos*. Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/efectividad-terapia-su-jok-pacientes-ansiosos/>
- Inec. (24 de 06 de 2014). *ecuadorencifras*. Recuperado el 2014, de http://www.ecuadorencifras.com:8080/osticket_sp/view.php?e=mxavix_mcdj@live.com&t=14449
- López I. (2011). *Alteraciones Emocionales en la Hospitalización Infantil: Análisis Psicoevolutivo*. Universidad de Granada España. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/20996/1/20314528.pdf>

Ministerio de Salud Argentina. (2014). Trastornos de Ansiedad. Presidencia de la Nación. Argentina. Recuperado de:

<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/216--trastornos-de-ansiedad>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Ley Organica de Salud*.

Recuperado de:

<http://www.salud.gob.ec/tag/ley-organica-de-salud/>

Organización Panamericana de la Salud OPS, Oficina regional de la Organización Mundial de la salud OMS, (2008). Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

Paris, D. P. (s.f.). *Prevención de Accidentes*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/prevenaccid.htm>
[mlociones+pdf&hl=es&sa=X&ei=K88GVZSRFMS8ggSxyYOQCQ&ved=0CCgQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/prevenaccid.htm#mlociones+pdf&hl=es&sa=X&ei=K88GVZSRFMS8ggSxyYOQCQ&ved=0CCgQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false)

Rodríguez J. Organización Panamericana de la Salud OPS, Oficina regional de la Organización Mundial de la salud OMS, (2009). Epidemiología de los trastornos Mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>

Segura, M., & Arcas, M. (2007). *Educación de las emociones y los sentimientos*. Madrid, España: Narcea SA Ediciones. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=V10M6Zp1q3YC&printsec=frontcover&dq=em>

Unicef. (2011). *Unicef*. Obtenido de Estado de los derechos: http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf

Veronica. V. (2007) “El juego como medio para disminuir la ansiedad en los niños y niñas hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital municipal nuestra señora de la merced”. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/775/1/80139.pdf>

Virues R. (2005). *Estudio sobre Ansiedad, Psicología clínica y psicoterapia*.

Monterrey. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.

GALE CENGAGE LEARNING: Beato, S. (2013). *Reconocimiento falso y ansiedad estado/rasgo*. Recuperado de

http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA406517821&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=PPPC&sw=w&asid=aebb63324987ce3fe7e5ce82fab0bee9

GALE CENGAGE LEARNING: Ortigosa, J. (2013). *Identification of degrees of anxiety in children with three- and five-face facial scales*. Recuperado de

http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA349903477&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=PPPC&sw=w&asid=20e1334eaa2308708c06d9f6a3630eaf

GALE CENGAGE LEARNING: Gomez, I. (2014). *Senalamiento emocional para evaluar el funcionamiento de las redes atencionales en ansiedad rasgo*. Recuperado de

http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA406163766&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=PPPC&sw=w&asid=0cc992a86cd1888e5f50f6c776f813f6

TAYLOR & FRANCIS ONLINE: Beate Muschalla (2013) Heart-related anxieties in relation to general anxiety an severity of illness in cardiology patients.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2013.774428>

TAYLOR & FRANCIS ONLINE: Sadia Najmi, Nader Amir, (2014) The effects of cognitive load an attention control in subclinical anxiety an generalized anxiety disorder.

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02699931.2014.975188>

TAYLOR & FRANCIS ONLINE: Keoma J. Thorme, Jac J. W. Relations Amog Children´s Coping Strategies and Anxiety: The Mediating Role of Coping Efficacy.

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00221309.2013.792235>

ANEXOS

STAIG

Apellidos y nombre	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Edad	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Sexo: <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer	Fecha <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/>
Centro	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Curso <input style="width: 15px;" type="text"/>
Otros datos	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

A-E	A continuación encontrarás unas frases que se utilizan a menudo para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 ó 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.	Nada	Algo	Mucho
1	Me siento calmado.	1	2	3
2	Me siento inquieto.	1	2	3
3	Me siento nervioso.	1	2	3
4	Me encuentro descansado.	1	2	3
5	Tengo miedo.	1	2	3
6	Estoy relajado.	1	2	3
7	Estoy preocupado.	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho.	1	2	3
9	Me siento feliz.	1	2	3
10	Me siento seguro.	1	2	3
11	Me encuentro bien.	1	2	3
12	Me siento molesto.	1	2	3
13	Me siento agradablemente.	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado.	1	2	3
15	Me encuentro confuso.	1	2	3
16	Me siento animoso.	1	2	3
17	Me siento angustiado.	1	2	3
18	Me encuentro alegre.	1	2	3
19	Me encuentro contrariado.	1	2	3
20	Me siento triste.	1	2	3
A-R	A continuación encontrarás más frases que se utilizan para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 ó 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.	Casi nunca	A veces	A menudo
21	Me preocupa cometer errores.	1	2	3
22	Siento ganas de llorar.	1	2	3
23	Me siento desgraciado.	1	2	3
24	Me cuesta tomar una decisión.	1	2	3
25	Me cuesta enfrentarme a mis problemas.	1	2	3
26	Me preocupo demasiado.	1	2	3
27	Me encuentro molesto.	1	2	3
28	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	1	2	3
29	Me preocupan las cosas del colegio.	1	2	3
30	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.	1	2	3
31	Noto que mi corazón late más rápido.	1	2	3
32	Aunque no lo digo, tengo miedo.	1	2	3
33	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.	1	2	3
34	Me cuesta quedarme dormido por las noches.	1	2	3
35	Tengo sensaciones extrañas en el estómago.	1	2	3
36	Me preocupa lo que otros piensen de mí.	1	2	3
37	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.	1	2	3
38	Tomo las cosas demasiado en serio.	1	2	3
39	Encuentro muchas dificultades en mi vida.	1	2	3
40	Me siento menos feliz que los demás chicos.	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger. Copyright © 1982, 2009 by TEA Ediciones, S.A.U. Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tiradas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohíbe la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha / /

Centro Curso

Otros datos

A-E Sume las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

$$\text{A-E} = \overset{\text{Suma 1 a 20}}{\boxed{}} \Rightarrow \boxed{}$$

PD Puntuación transformada

	Nada	Algo	Mucho
1	3	2	1
2	1	2	3
3	1	2	3
4	3	2	1
5	1	2	3
6	3	2	1
7	1	2	3
8	3	2	1
9	3	2	1
10	3	2	1
11	3	2	1
12	1	2	3
13	3	2	1
14	1	2	3
15	1	2	3
16	3	2	1
17	1	2	3
18	3	2	1
19	1	2	3
20	1	2	3

A-R Sume las puntuaciones de esta parte (21 a 40) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

$$\text{A-R} = \overset{\text{Suma 21 a 40}}{\boxed{}} \Rightarrow \boxed{}$$

PD Puntuación transformada

	Casi nunca	A veces	A menudo
21	1	2	3
22	1	2	3
23	1	2	3
24	1	2	3
25	1	2	3
26	1	2	3
27	1	2	3
28	1	2	3
29	1	2	3
30	1	2	3
31	1	2	3
32	1	2	3
33	1	2	3
34	1	2	3
35	1	2	3
36	1	2	3
37	1	2	3
38	1	2	3
39	1	2	3
40	1	2	3

Autor: C. D. Spielberger.
 Copyright © 1982, 2009 by TEA Ediciones, S.A.U. Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



Área	Habitación	Edad	Nombre del paciente	Responsable	Firma	Autorización para evaluación		Diagnóstico del paciente	# Visitas medicas	Consultas/Interconsultas	Indicadores
						si	no				



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

- INSTRUMENTO A VALIDAR

Ficha de Observación y Registro

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar y registrar la frecuencia y el número de visitas médicas. - Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica. - Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Nancy Robinson
 Ocupación: Docente
 Fecha: 05-06-14

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

Ficha de Observación y Registro

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar y registrar la frecuencia y el número de visitas médicas. - Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica. - Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: JAVIER LOPEZ
 Ocupación: DOCENTE
 Fecha: 01-AGOSTO-14

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

Ficha de Observación y Registro

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar y registrar la frecuencia y el número de visitas médicas. - Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica. - Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI

NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Flavio Bonillo Flores

Ocupación: Paciente

Fecha: 25/07/2014

Profesión: Psicólogo Clínico

Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

Ficha de Observación y Registro

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar y registrar la frecuencia y el número de visitas médicas. - Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica. - Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Wladimir Rojas
 Ocupación: Docente
 Fecha: 1/08/2013

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“Visitas Médicas y su influencia en la Ansiedad de los niños internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato”.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

Ficha de Observación y Registro

Objetivo general	Objetivos específicos
- Determinar la influencia de las visitas médicas en la Ansiedad en los internados en el área de pediatría del Hospital del IESS Ambato.	- Observar y registrar la frecuencia y el número de visitas médicas. - Identificar los niveles de ansiedad que producen en los niños la visita médica. - Comprobar si el número de visitas médicas aporta al incremento de los niveles de ansiedad en el niño.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Juan Sandoval
 Ocupación: Docente - UTA
 Fecha: 30/07/2014

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]