



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y SU RELACIÓN CON LA
FORMACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA INICIALES,
INTERMEDIOS Y AVANZADOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
AMBATO EN EL PERIODO MARZO- JULIO 2011”.**

Requisito previo para optar por el título de Psicólogo Clínico

Autor: Mayorga Ortiz, Diego Javier

Tutor Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

Ambato –Ecuador

Junio, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:
“PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA INICIALES, INTERMEDIOS Y AVANZADOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERIODO MARZO- JULIO 2011”. De Diego Javier Mayorga Ortiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2012

LA TUTORA

.....
Dra. Verónica Llerena

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA INICIALES, INTERMEDIOS Y AVANZADOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERIODO MARZO- JULIO 2011**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2012

EL AUTOR

.....
Diego Javier Mayorga Ortiz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales 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, Junio del 2012

EL AUTOR

.....
Diego Javier Mayorga Ortiz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA INICIALES, INTERMEDIOS Y AVANZADOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERIODO MARZO-JULIO 2011”** de Diego Javier Mayorga Ortiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2012

Para constancia firman

.....
Dr. Juan Carlos Escobar Dr. Giovanni S. Lascano Dr. Ismael Gaibor

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada para quienes hicieron posible este sueño se convirtiera en realidad, llegar a ser Psicólogo Clínico.

A mis padres, por enseñarme a luchar siempre hacia adelante, por su gran corazón, capacidad de entrega y apoyo incondicional, pero sobre todo por enseñarme a ser responsable y servir a los demás, gracias a ustedes he llegado tan lejos. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

Y a mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

AGRADECIMIENTO

La indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a la Dra. Verónica Llerena y a la Dra. Aida Aguilar por haber confiado en mi persona, por la paciencia, los consejos, el apoyo, el ánimo, y por la dirección de este trabajo.

A mis padres que por su amor y apoyo incondicional me acompañaron en esta aventura que significó llegar a ser Psicólogo, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos.

A mi gran amor Jane Karen que estuvo junto a mí ayudándome en la elaboración de este trabajo.

A Dios y a la Virgen María que gracias a ellos puede guiar mi vida cada día, y culminar esta tesis.

Gracias a todos.

presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
RESUMEN EJECUTIVO	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	12
1.2.3 PROGNOSIS	13
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	14
1.2.6 DELIMITACIONES.....	14

1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVO.....	16
1.4.1 OBJETIVO GENERAL:	16
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:.....	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:	17
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	18
2.2.1 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	19
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	26
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	34
2.5.1 PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.....	34
2.5.1.1 ADOLESCENCIA.....	34
2.5.1.2 LA ADULTEZ TEMPRANA.....	37
2.5.2 CARRERA UNIVERSITARIA.	39
2.5.2.1 EDUCACION SUPERIOR.....	39
2.5.2.2 FORMACIÓN UNIVERSITARIA.....	40
2.5.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE	43
2.5.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE HIPOCONDRIA.....	44
2.5.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE HIPOCONDRIA.....	45
2.5.6 TEORÍAS ETIOLÓGICAS DE HIPOCONDRIA.....	47
2.5.7 PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS.....	49
2.5.7.1 ASPECTOS GENERALES	49
2.5.7.2 FACTORES ASOCIADOS A PREOCUPACIONES	
HIPOCONDRIACAS	50

2.5.7.3 ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA..	55
2.5.8 UNA VISIÓN A TRAVÉS DE LOS AÑOS	55
2.5.9 SOMATIZACIÓN.....	56
2.5.10 EVALUACION PSICOLÓGICA	58
2.5.10.1 CONTENIDO	58
2.5.10.2 RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	60
2.6.-FORMULACION DE LA HIPÓTESIS	61
2.7.-DETERMINACION DE VARIABLES	61

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	63
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	63
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	63
3.7 CRITERIOS ÉTICOS	64
3.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	65
3.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTUDIANTES DE MEDICINA	65
3.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE: PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS	68
3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	69
3.10 INSTRUMENTO.....	69
3.11 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	72
3.12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	72

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	73
4.1.1 SEXO.....	73
4.1.2 EDAD.....	74
4.2 NIVEL DE FORMACIÓN.....	75
4.3 IDENTIFICACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS ESTUDIADAS.....	76
4.4 INCREMENTO DE LAS PREOCUPACIONES POR LA SALUD AL ESTUDIAR MEDICINA	77
4.5 PREOCUPACIÓN POR LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL Y VIDA SOCIAL.....	79
4.6 PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE WHITELEY	79
4.7 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY PREOCUPACIÓN CORPORAL.....	81
4.8 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY FOBIA A LA ENFERMEDAD	82
4.9 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY CONVICCIÓN POR LA ENFERMEDAD.....	82
VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	84

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	87
5.2 RECOMENDACIONES	89

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS DE LA PROPUESTA	90
6.1.1 TEMA:	90

6.1.2 DATOS INFORMATIVOS:	90
6.2 ANTECEDENTES:	91
6.3 OBJETIVOS.....	92
6.3.1 OBJETIVO GENERAL:	92
6.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	92
6.4 JUSTIFICACIÓN.....	92
6.5 FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA.	93
6.6 MODELO OPERATIVO.....	104
6.7 MARCO ADMINISTRATIVO	108
6.7.1 RECURSOS FÍSICOS O INSTITUCIONALES.....	108
6.7.2 RECURSOS HUMANOS	108
6.7.3 MATERIALES	108
6.7.4 ECONÓMICOS.	108
BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS.....	114
ANEXO I. INDICE DE WHITELEY	114
ANEXO II. CUESTIONARIO DE DATOS.....	115

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN SEXO EN RELACION CON PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011	73
ILUSTRACIÓN 2. DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN RELACION CON PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011	74
ILUSTRACIÓN 3. DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES DE ACUERDO AL NIVEL DE FORMACION. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011	75
ILUSTRACIÓN 4. IDENTIFICACION CON LAS PATOLOGIAS ESTUDIADAS. CARRERA MEDICINA. UTA 2011	76
ILUSTRACIÓN 5. IDENTIFICACION CON LAS PATOLOGIAS ESTUDIADAS DE ACUERDO A LOS NIVELES DE FORMACION. CARRERA MEDICINA. UTA 2011	77
ILUSTRACIÓN 6. INCREMENTO DE LAS PREOCUPACIONES POR LA SALUD AL ESTUDIAR MEDICINA. CARRERA MEDICINA. UTA 2011	78
ILUSTRACIÓN 7. PREOCUPACIONES POR LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL. CARRERA MEDICINA. UTA 2011	79
ILUSTRACIÓN 8. PUNTUACION DE ÍNDICE DE WHITELEY.	80
ILUSTRACIÓN 9. PUNTUACION DE ÍNDICE DE WHITELEY DE ACUERDO A LOS NIVELES DE FORMACION	80

ILUSTRACIÓN 10. PUNTUACION DE LA SUB ESCALA DEL INDICE DE WHITELEY PREOCUPACION CORPORAL.CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011.....	81
ILUSTRACIÓN 11. PUNTUACION DE LA SUB ESCALA DEL INDICE DE WHITELEY FOBIA A LA ENFERMEDAD. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011.....	82
ILUSTRACIÓN 12. PUNTUACION DE LA SUB ESCALA DEL INDICE DE WHITELEY. CONVICCIÓN POR LA ENFERMEDAD. CARRERA MEDICINA. UTA 2011.....	83
ILUSTRACIÓN 13. CURVA DE LA Ho DE LAS PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS EN RELACION AL NIVEL DE FORMACION....	85

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA HIPOCONDRIA	46
TABLA 2. MODELO OPERATIVO DE LA PROPUESTA.	104

RESUMEN EJECUTIVO

El impacto global que tiene la hipocondría ha llevado a que diferentes países consideren examinar detenidamente sus programas de salud mental para controlar los problemas como la preocupación, el temor, ansiedad, el deterioro laboral y social, esto ha motivado, la elaboración del índice de Whiteley, siendo una herramienta de fácil aplicación, comprensible de bajo costo y efectiva para el diagnóstico de pacientes con hipocondría. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal que determinó la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de las Preocupaciones hipocondriacas. Se incluyeron 115 estudiantes, de segundo, séptimo y noveno semestre. La edad de los pacientes estudiados varió entre 18 y 27 años, con una media de 21,41 y una DS de 1,98 de los cuales fueron 76 mujeres y 39 hombres. La prevalencia total de preocupaciones hipocondriacas fue del 27%, una sensibilidad de 62%, especificidad de 66 %, VPP: 41%, VPN: 82%.

Se concluye que el estudiar medicina indicó una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas además la prevalencia más alta de preocupaciones hipocondriacas fue encontrada en estudiantes del nivel intermedio de formación, debido a las exigencias en el estudio, y al grado de dificultad del contenido académico mientras que los estudiantes de medicina de los últimos niveles, quienes tienen una actividad netamente hospitalaria, también presentaron preocupaciones hipocondriacas en un porcentaje considerablemente más bajo porque en esta etapa ya tienen suficiente experiencia del proceso o han desarrollado estrategias de afrontamiento para no dejarse agobiar por las preocupaciones por su salud. El índice de Whiteley en los estudiantes de medicina en los niveles de formación estudiados fue positivo en el 28% de los encuestado teniendo una calificación igual o mayor a 8.

PALABRAS CLAVES: HIPOCONDRIA, PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS, ÍNDICE DE WHITELEY, ESTUDIANTES DE MEDICINA.

SUMMARY

The overall impact of hypochondria has led to different countries to consider carefully examine their programs to control mental health problems such as worry, fear, anxiety, impaired social work and this has motivated the development of the Whiteley Index being a tool of easy application, low-cost comprehensive and effective for the diagnosis of patients with hypochondriasis. We performed a cross-sectional retrospective study determined the sensitivity, specificity and predictive value of hypochondriacal concerns. We included 115 students, second, seventh and ninth semester. The age of the patients ranged between 18 and 27 years with a mean of 21.41 and a DS of 1.98 of which were 76 women and 39 men. The overall prevalence of hypochondriacal concerns was 27%, a sensitivity of 62%, specificity of 66%, PPV 41%, NPV: 82%.

It concludes that studying medicine indicated a statistically significant relationship to the development of hypochondriacal concerns also the highest prevalence of hypochondriacal concerns was found in students of intermediate level of training, because of the demands in the study, and degree of difficulty of the content while academic medical students from the previous levels, who have a purely hospital activity, hypochondriacal concerns also had a significantly lower percentage because at this stage and have enough experience of the process or have developed coping strategies to avoid being overwhelm by concerns about his health. The Whiteley Index in medical students in training levels studied was positive in 28% of respondents having a score equal to or greater than 8.

KEYWORDS: HYPOCHONDRIA, HYPOCHONDRIASIS, INDEX WHITELEY, MEDICAL STUDENTS

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos somatomorfos, así como la mayoría de las psicopatologías, traen consigo consecuencias negativas en quienes las padecen: como el exceso de gastos sanitarios derivados de un elevado número de visitas de atención de salud y repetidas pruebas de diagnóstico, incluidos los procedimientos invasivos, costosos tratamientos y hospitalizaciones; además del impacto desfavorable sobre la relación médico/paciente y el deterioro en múltiples ámbitos de la salud relacionados con la calidad de vida.

En los últimos años, ha incrementado el interés por profundizar el conocimiento acerca de la Hipocondría, considerada un trastorno somatomorfo con una morbilidad médica significativa, que se define como la preocupación excesiva y el temor por desarrollar una enfermedad grave o la creencia de tenerla, que persiste pese a las explicaciones tranquilizadoras del médico y de una valoración médica adecuada. El temor se basa en la interpretación del paciente de sensaciones físicas como prueba de la enfermedad.

Las preocupaciones hipocondriacas son una forma de Hipocondría, consideradas un problema relativamente frecuente en el ámbito médico y que pueden ser un predictor importante del mantenimiento de síntomas emocionales y síntomas somáticos. Se han descrito en subpoblaciones específicas, como en los estudiantes de medicina, quienes según algunos profesores suelen desarrollar temores y síntomas como consecuencia de ser expuestos a la educación médica, por esto ha sido denominada como la “enfermedad del estudiante de medicina”, “hipocondría del estudiante de medicina” o “nosophobia”.

Los primeros estudios que dieron origen a esta noción indicaron que el 70 al 80% de estudiantes de medicina lo experimentó. Estos fueron estudios no controlados y basados en registros de casos y muestras pequeñas. Solamente menos del 1% de los estudiantes mostraron verdadera hipocondría. ,

Otro estudio realizado entre estudiantes de medicina de 1 y 3 año vs estudiantes de derecho como control, informó que ambos grupos de estudiantes de medicina obtuvieron una puntuación más alta en la percepción de la enfermedad comparada con los de derecho. Los estudiantes de medicina de primer año tuvieron una puntuación mayor en 'angustia de la enfermedad y en preocupaciones hipocondriacas a diferencia de los estudiantes de medicina y derecho de tercer año. No hubo diferencias con respecto a visitas médicas, pero se evidenció que el único factor demográfico que tuvo un efecto significativo entre las variables de percepción de la salud fue la etnia.

La literatura presenta diferentes resultados con respecto a la presencia de preocupaciones hipocondriacas en estudiantes de medicina debido a limitaciones y discrepancias expuestas en los estudios realizados. Por lo que nuevas investigaciones aclararían si existe una verdadera relación entre estudiar medicina y las preocupaciones hipocondriacas.

CAPITULO I

1.1 TEMA

“PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA INICIALES, INTERMEDIOS Y AVANZADOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERIODO MARZO- JULIO 2011.”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN MACRO

El impacto global que tiene la hipocondría ha llevado a que diferentes países consideren examinar detenidamente sus programas de salud para controlar los problemas como la preocupación, el temor, ansiedad, el deterioro laboral y social.

De acuerdo con la Secretaría de Salud a nivel de Norteamérica (SSA, 2006), en los últimos diez años se han incrementado los porcentajes de trastornos relacionados con la salud mental: 8% de las enfermedades corresponden al área neuropsiquiátrica; 4 millones de personas padecen depresión; 6 millones presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol; el 10% de adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales; mientras que el 15% de la población entre 3 y 12 años padece algún tipo de trastorno mental o de conducta.

Una revisión de los principales estudios que han empleado el BDI-II (Inventario de depresión de Beck) en estudiantes universitarios en Europa y Estados Unidos muestra cifras que oscilan entre un 5,2% en Noruega a un 21% en USA (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). Es necesario destacar que estas cifras corresponden a sintomatología calificada de moderada o grave (puntaje de corte superior a 19).

En general, en México de cada 100 millones de personas, el 15% padece algún trastorno de salud mental, proporción que equivale a una sexta parte de la población. En el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara, se realizó un estudio donde se evaluó la percepción de la calidad de vida y el estilo de vida saludable 405 estudiantes, desde la perspectiva del modelo de universidades promotoras de la salud. Se encontró que, en general, los estudiantes de todas las carreras cuidan su salud, aunque en algunos casos no la cuidaban en absoluto. En relación con la salud emocional, la mayoría de los estudiantes encuestados refirieron haber padecido moderadamente sentimientos de ansiedad, depresión e irritabilidad. (Meda Lara y cols., 2008).

En la actualidad los trastornos somatomorfos, así como la mayoría de las psicopatologías, traen consigo consecuencias negativas en quienes las padecen: como el exceso de gastos sanitarios derivados de un elevado número de visitas de atención de salud y repetidas pruebas de diagnóstico, incluidos los procedimientos invasivos, costosos tratamientos y hospitalizaciones; además del impacto desfavorable sobre la relación médico/paciente y el deterioro en múltiples ámbitos de la salud relacionados con la calidad de vida. Se calcula que este trastorno a nivel internacional oscila entre el 15 al 22% en los niveles de atención primaria.

Los pacientes hipocondriacos son aquellos que presentan distintas dolencias físicas, sin una causa de naturaleza orgánica, sino más bien de carácter psicosocial. Son pacientes definidos como “hiperfrecuentadores” y/o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando una importante cantidad del tiempo de trabajo del cuerpo médico y recursos económicos significativos. Estos pueden llegar a constituir entre un 60% a un 80% de la demanda total de pacientes que asisten a estos centros. Los primeros estudios de hipocondría realizados en estudiantes de

medicina que dieron origen a esta noción indicaron que el 70 al 80% de estudiantes de medicina lo experimentó. Estos fueron estudios no controlados y basados en registros de casos y muestras pequeñas. Solamente menos del 10% de los estudiantes mostraron verdadera hipocondría.

Otro estudio realizado entre estudiantes de medicina de 1 y 3 año vs estudiantes de derecho como control en España, informó que ambos grupos de estudiantes de medicina obtuvieron una puntuación más alta en la percepción de la enfermedad comparada con los de derecho.

Los estudiantes de medicina de primer año tuvieron una puntuación mayor en angustia de la enfermedad y en preocupaciones hipocondriacas a diferencia de los estudiantes de medicina de tercer año y derecho.

Muchas son las publicaciones y estudios que han validado internacionalmente a las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina así: El primer estudio controlado de estudiantes de medicina con estudiantes de derecho realizado hace más de 10 años en Irán por Kellner y colegas, evaluó mediante cuestionarios el comportamiento de la enfermedad, comprobando que en los estudiantes de medicina hubo mayor preocupación por su salud y presencia de síntomas somáticos.

Se realizó otro estudio controlado en el Reino Unido, en el cual se compararon los síntomas hipocondriacos de estudiantes de medicina con respecto a otros estudiantes y la población en general, se logró comprobar que el 70% respondieron a dicha clínica y quienes pertenecían a medicina no mostraron un resultado significativo con respecto a los demás estudiantes y no estudiantes. Coyne y cols.

El objetivo de este estudio es el de evaluar y comparar las preocupaciones hipocondriacas los estudiantes de la carrera de medicina.

CONTEXTUALIZACIÓN MESO

Parte importante del ser humano es la salud mental ya que, gracias a ella, cada individuo es capaz de interactuar de manera adecuada en su ambiente familiar, emocional, social y físico. El funcionamiento mental favorable es atribuido a diversos aspectos de la vida del individuo, que de manera integral contribuyen al bienestar psicológico. Al respecto, Morales (2002) señala que “Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales (siempre que no excedan a los límites normales) y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad”.

Iniciar el estudio de una carrera profesional puede ser una fuente de estrés que acecha el bienestar psicológico, el cual se puede resultar comprometido en el aprovechamiento académico, en la salud física o en la salud mental. Es necesario que quienes inician una profesión, además de estar convencidos de la carrera elegida, se encuentren mentalmente sanos para que así tengan una mayor capacidad de afrontamiento de las situaciones que se presentan a lo largo de este periodo; ello como un factor protector que el propio estudiante pondrá en práctica ante las demandas que implica estudiar una carrera. El estrés psicológico y el desgaste emocional pueden aparecer con mayor facilidad en estudiantes con hábitos de salud desfavorables, es decir, dejando de lado el cuidado adecuado de su persona, con aspectos como la deficiente alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, el poco tiempo de sueño, entre otros. (Cano, 2008).

Velázquez (2008), en un estudio realizado en la Universidad Mayor de San Marcos, en Lima, Perú, sostiene que los estudiantes al iniciar una carrera comienzan a enfrentarse a una serie de demandas sociales y académicas, para las que debe tener un repertorio favorable de conductas asertivas y bienestar subjetivo que les permita un adecuado manejo interpersonal de situaciones sociales. Ello aportará sentimientos de tranquilidad y optimismo suficientes para desarrollar

estrategias de afrontamiento ya que existe una relación significativa entre bienestar psicológico y rendimiento académico.

Un estudio realizado en Chile, en la Universidad de los Andes, en una muestra de estudiantes de Odontología, Enfermería, Psicología, así como de primero a séptimo año de Medicina, mostró un nivel de prevalencia de estrés académico percibido de 36,3%, mayor en mujeres que en hombres. Medicina aparece como la carrera con mayores niveles de estrés, los que son acentuadamente más altos en los primeros años respecto de los últimos (Marty, Lavín, Figueroa, Larraín & Cruz, 2005). La mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales en estudiantes de Medicina ha sido señalada como un tema de preocupación por diversos investigadores en distintos países, si bien los datos no son siempre concordantes al respecto (Galli, Feijoo & Roig, 2002; Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca & Kappaun, 2004; Guavita & Sanabria, 2006; Pallavicini, Venegas & Romo, 1988; Perales, Sogi & Morales, 2003).

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva. Un estudio reciente, en una muestra amplia de estudiantes de la Universidad de Chile, mostró que un 34,8% de ellos mostraba los signos inespecíficos de malestar emocional. Los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. La ausencia de un grupo control impide atribuir ese incremento exclusivamente al ingreso a la Universidad, pero el alto incremento es sugerente.

Los latinos son considerados un grupo de alto riesgo para la depresión, la ansiedad, y el abuso de sustancias. El predominio de la depresión es más alto en las mujeres latinas (el 46%) que en los hombres latinos (19,6%).

Cálculos en Santiago de Chile, siguiendo los criterios del CIE-10, indican que la hipocondría se presenta en un 17,7% de los pacientes de atención primaria. Los pacientes hipocondríacos y/o somatizadores constituyen un porcentaje importante

de las instituciones públicas así como usuarios de los servicios de salud. De hecho, una parte considerable de los recursos sanitarios se dedica a dar respuesta a esta entidad.

El interés del estudio de la preocupación hipocondríaca también se deriva del hecho de que es un problema relativamente frecuente en contextos médicos. La prevalencia de trastorno hipocondríaco en servicios de Atención Primaria a nivel de Latinoamérica se encuentra entre el 3% y 6% cuando se considera una definición más amplia de preocupación hipocondríaca la prevalencia en Atención Primaria se sitúa entre el 8% y el 20%. A pesar de que el trastorno puede comenzar a cualquier edad, la aparición se piensa que es más común entre los 20 y los 30 años de edad.

Las pruebas también indican que las preocupaciones hipocondriacas tanto como la hipocondría probablemente sea una enfermedad relativamente persistente en el transcurso del tiempo asociada a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad y depresión. Las preocupaciones hipocondriacas tanto la patología misma de hipocondría constituye un problema relevante, tanto en estudiantes de medicina como en los distintos niveles de atención médica, que a menudo no es reconocida ni se atiende eficientemente.

De acuerdo a datos estadísticos *José Díaz Novás médico del Policlínico Lawton de La Habana*, indico que la tasa de prevalencia de la hipocondría es de 8% de acuerdo a datos confirmados mediante estudios realizados en Cuba (2009). Su incidencia parece ir en aumento y se relaciona con el mayor uso de servicios médicos y con una amplia gama de incapacidades. Se han sugerido diversas razones por las que el estudiante de medicina no logra detectar adecuadamente esta patología: su incapacidad para reconocer los síntomas y para manejarlos, así como para detectar las alteraciones afectivas, cognoscitivas y somáticas que se relacionan con este diagnóstico y el no tomar en consideración la posibilidad de darlo. Las instituciones académicas encargadas de preparar al estudiante como a los futuros médico deben enseñarlo a diagnosticar las enfermedades psiquiátricas, y procurar que en su práctica médica tenga una visión congruente del estado

emocional del paciente; familiarizarlo con las entrevistas dirigidas, y entrenarlo para que sea mejor su contacto visual y auditivo con el paciente.

CONTEXTUALIZACIÓN MICRO

Dentro de la población general y los estudios de atención primaria en Ecuador se calcula que la prevalencia de la hipocondría oscila entre 0.02% y 8.5%, con un incremento de hasta 10,7% cuando se utilizan los criterios simplificados. En un estudio en Ecuador en el año 2009 en la Pontificia Universidad Católica realizado en estudiantes de medicina la prevalencia de hipocondría fue del 16%. según Segovia

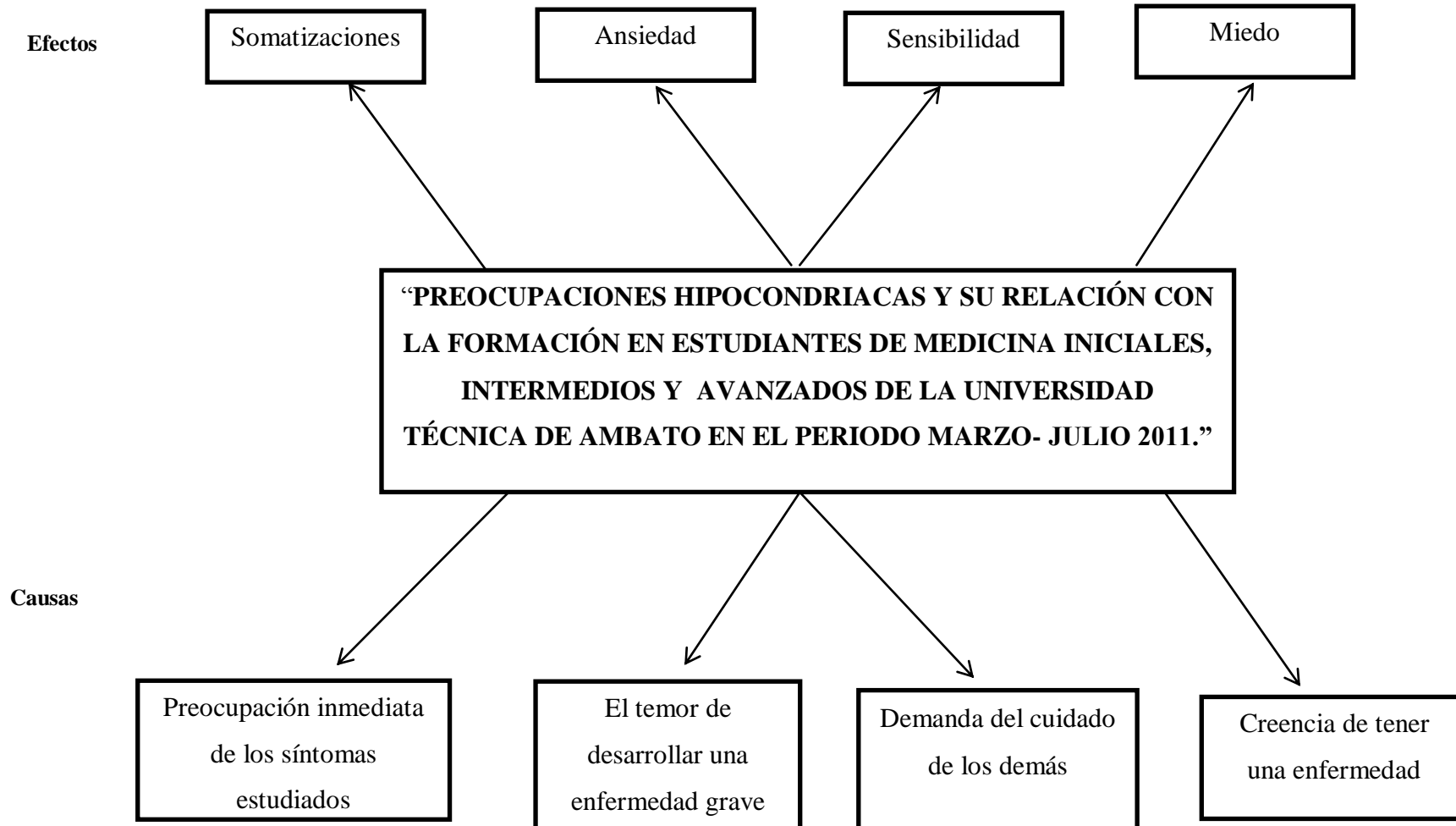
Todos los estudiantes de medicina, cuando consiguen acceder a la carrera tienen presente gran cantidad de tópicos, que a lo largo de la misma van confirmando o desmintiendo. Uno de los más comunes, sobre todo según van acercando al 2º ciclo, con las asignaturas clínicas, es el del "síndrome del estudiante de medicina". A medida que el estudiante va adquiriendo más conocimientos acerca de todas y cada una de las enfermedades existentes y su sintomatología, tiende a auto diagnosticarse con relativa frecuencia.

La condición está asociada con el temor a contraer la enfermedad en cuestión. Algunos autores sugieren que la condición debe ser referida como nosofobia en lugar de "hipocondría", ya que los estudios citados muestran un porcentaje muy bajo de hipocondríacos. La referencia sugiere que la condición se asocia a la preocupación inmediata de los síntomas en cuestión, lo que lleva al estudiante a ser excesivamente consciente de las diversas disfunciones ocasionales psicológicas y fisiológicas, los casos muestran poca correlación con la gravedad de la psicopatología, sino más bien con factores accidentales relacionadas con el aprendizaje y la experiencia. Este "síndrome" desaparece una vez terminan la carrera, en algunos casos.

La Psicóloga Dolores Salazar Profesora de la institución da su visión "de la hipocondría del estudiantes de medicina en la Universidad Técnica de Ambato

siendo esta una subpoblación de la hipocondría, ya que para quienes comparten el medio de salud es bien conocido que la facultad de medicina tiende hacer una carrera exigente lo cual puede llevar a un gran momento de tensión, debido a las situaciones altamente estresantes que experimentan los estudiantes, las primeras experiencias de los estudiantes con las enfermedades y la muerte, la falta del conocimiento terapéutico, son capaces de producir preocupaciones hipocondríacas que están caracterizadas por un sentimiento de temor o intranquilidad de padecer o ser vulnerable a alguna enfermedad grave."

ÁRBOL DE PROBLEMAS



1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Los casos de hipocondría han ido en incremento con el pasar del tiempo, atravesando el paciente por distintas etapas, que va desde la preocupación excesiva hasta llegar a las distintas alteraciones psicológicas.

Es en estos casos donde la pericia y el "saber hacer" del equipo de salud mental son decisivos para el tratamiento de este trastorno ya que brindarán el apoyo psicológico necesario para que el paciente acepte su padecimiento.

los estudiantes de medicina tienen un mayor porcentaje a presentar preocupaciones hipocondriacas, debido a sus primeras experiencia con la enfermedad, la muerte y su falta de conocimiento terapéutico al ser un estudiante en formación, esto puede provocar el exceso de gastos sanitarios derivados de un elevado número de visitas de atención de salud, repetidas pruebas de diagnóstico, incluidos los procedimientos invasivos, costosos tratamientos y hospitalizaciones; además del impacto desfavorable sobre la relación médico/paciente y el deterioro en múltiples ámbitos de la salud relacionados con la calidad de vida.

La hipocondría puede causar preocupaciones que ocasiona un malestar emocional al menos moderado, lo cual puede conducirle a la búsqueda de atención médica, en este episodio existe un temor de adquirir una enfermedad grave. Lo que trae como consecuencia que haya un incremento considerable en los estudiantes de medicina a padecer hipocondría.

En el plano psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos.

Así se evidenciará su capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos frente a la angustia.

Dado que la hipocondría en los estudiantes de medicina, son más comunes los siguientes signos y síntomas: miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas

apropiadas. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En síntesis podemos enunciar que la hipocondría en los estudiantes de medicina tiene varios factores que interactúan entre sí como la preocupación de padecer una enfermedad grave provocando un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del estudiante, lo que puede causar la deserción de la carrera, debido a las alteraciones que se producen en las personas lo cual altera su salud mental.

1.2.3 PROGNOSIS

Las preocupaciones hipocondriacas es un problema psicológico más frecuente en nuestro medio, sobre la cual se han realizado estudios, de evolución clínica, complicaciones a corto y largo plazo, manejo terapéutico etc.

Sin embargo hemos observado que no se ha tomado en cuenta un tópico importante sobre este trastorno como son las alteraciones que se manifiestan en los estudiantes de la carrera de medicina, debido a que los jóvenes se ven bombardeados acerca de una nueva información acerca de diversas patologías, las cuales puede causar una preocupación por su salud, llegando afectar la calidad de vida del estudiante y su salud mental.

El aspecto psicológico es de importancia primordial en el tratamiento del paciente, razón por la cual consideramos necesario realizar un estudio que nos confirme el impacto psicológico que ocasiona las preocupaciones hipocondriacas sobre el estudiante.

Si no llegara a su fin este proyecto seguiría existiendo un déficit en el manejo adecuado de las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina y se incrementaría el número de casos causando alteraciones psicológicas en los mismos.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El estudiar medicina en los niveles de formación inicial, intermedio y avanzado es causa de preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo Marzo – Julio 2011?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuál es el nivel de formación de la carrera de medicina que produce mayor desarrollo de preocupaciones hipocondriacas?
- ¿Cómo afectan las preocupaciones hipocondriacas en el ámbito laboral y social del estudiante de medicina?
- Proponer una alternativa de solución a las Preocupaciones hipocondriacas y su relación con la formación en los estudiantes de medicina iniciales, intermedios y avanzados de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo marzo- julio 2011?

1.2.6 DELIMITACIONES

DELIMITACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizó en la Provincia de Tungurahua en la Ciudad de Ambato en la Ciudadela Ingahurco Av. Los Colombia y El Salvador predios de la Universidad Técnica de Ambato en facultad de ciencias de la salud carrera de medicina.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizará durante los meses de Marzo - Julio 2011.

DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO

La investigación abordo la evaluación de las Preocupaciones Hipocondriacas *como campo de acción correspondiente a la Área de Psicología Clínica* en los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como objetivo determinar relación entre la presencia de preocupaciones hipocondriacas y el nivel de formación en los estudiantes de medicina. Considerando que el estudiante de medicina se relaciona de manera directa con la enfermedad y sus componentes, como su epidemiología, etiología, patogenia, cuadro clínico, diagnóstico, evolución y tratamiento, se expone a un alto nivel de exigencia que demanda mayor responsabilidad porque se involucra con el bienestar del ser humano, de aquí que puedan surgir ideas hipocondriacas, basadas en el aprendizaje de una enfermedad, que crean un esquema mental fundamentado en el temor de adquirir la patología estudiada, provocando una tensión emocional derivada de la exposición a la educación médica, lo que difiere con estudiantes de otras facultades quienes no experimentan este tipo conocimiento. Tomando en cuenta que es un trastorno que involucra a una subpoblación de la que forma parte y al no existir referencias que respalden esta hipótesis en el medio, es importante determinar su frecuencia ya que afecta el desempeño académico y hasta personal del estudiante.

1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de preocupaciones hipocondriacas en estudiantes medicina en los niveles de formación iniciales, intermedios y avanzados de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo Marzo- Julio 2011.”

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Identificar la presencia de Preocupaciones Hipocondriacas de los estudiantes de Medicina en los diferentes niveles de formación.
2. Determinar el grado de las preocupaciones hipocondriacas de los estudiantes de Medicina en los diferentes niveles de formación
3. Analizar si las preocupaciones hipocondriacas afectan en el ámbito laboral y social del estudiante de medicina
4. Identificar si la educación médica es factor de riesgo para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas
5. Realizar una alternativa de solución al problema planteado.

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

Howes y Salkovskis (2000) en su estudio sobre la Evaluación de las Preocupaciones Hipocondriacas en los estudiantes de medicina menciona que este fenómeno causó una significativa tensión para los estudiantes y estaba presente en aproximadamente un 70 a 80 %, sobre todo en edades comprendidas entre de 20 a 30 años. Es importante el diagnóstico de esta subpoblación de estudiantes de medicina ya que tienen una relación directa con estudios de patologías por lo cual se puede desarrollar el trastorno de hipocondría.

Otro investigador como Baars (2001) realizó Evaluación de los estados sugestionables comunes en los estudiantes de medicina que estudian enfermedades por primera vez llegó a la conclusión que los estados sugestionables en los estudiantes desarrollan ilusiones de tener la enfermedad de la que están estudiando actualmente. Esta forma temporal de la hipocondría es tan común que ha adquirido el nombre de "síndrome de estudiante de medicina."

Segovia N. (2010) en su estudio acerca de Las Preocupaciones Hipocondriacas y su relación entre Estudiantes de la Facultad de Medicina, Jurisprudencia, Antropología e Ingeniería Civil de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, concluye que no existe asociación significativa entre preocupaciones hipocondriacas y estudiar medicina, los niveles de mayor porcentaje de preocupaciones fueron tercero y cuarto semestre de ingeniería civil siendo la facultad con mayor predominio de la patología.

F. Martínez, C. Rodríguez (2001) en su estudio acerca de Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un centro de salud de atención primaria analizaron: Dos grupos de pacientes de un centro de Atención Primaria formados sobre la base del cumplimiento o no de 4 criterios para la definición de alta ansiedad por la salud, fueron evaluados en un conjunto de variables en dos momentos. La comparación intra e inter grupos y los análisis de regresión, indicaron que en diversas características (entre ellas: malestar emocional, somatización y experiencias concretas relacionadas con la enfermedad a lo largo de la vida) el grupo de sujetos con alta ansiedad por la salud (GAS;n=25) difería del grupo control (GC;n=60). En el seguimiento, al año, se observó una marcada estabilidad de las actitudes hipocondríacas. Sin embargo, en la mitad de los sujetos del GAS la ansiedad por la salud había disminuido de modo que ya no cumplían los criterios de clasificación. Estos sujetos con preocupación hipocondríaca transitoria, aunque mostraron en el seguimiento algunas características distintivas con respecto al grupo con preocupación mantenida, también tendían a diferenciarse de los del GC. La preocupación hipocondríaca parece asociarse a la cronificación del malestar físico y alteraciones emocionales.

Finalmente el estudio realizado por G. Singh, M. Hankins& J. Weinman (2004) realizaron Evaluación en la Universidad de Londres en estudiantes de medicina y población en general sobre los niveles de ansiedad frente a adquirir una enfermedad llegando a la conclusión que los estudiantes de medicina presentaron mayor nivel de ansiedad y de preocupación por su salud, siendo significativamente en estudiantes de medicina que en la población de control.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo, tiene como finalidad la comprensión del impacto que causa las preocupaciones

hipocondriacas en la psiquis lo cual nos va ayudar a identificar las dificultades que este problema produce en el estado emocional del estudiante y su relación con el entorno social.

La investigación se basará en una acción social muy trascendental en la búsqueda de soluciones y alternativas para el mejoramiento del estilo de vida del estudiante.

Existirá la interacción de la muestra y del investigador, ya que será de mucha ayuda para la recolección de datos de fuentes primarias, reales y confiables.

La metodología de la investigación se va a tratar de la revisión y el estudio de toda la información obtenida durante el proceso de recopilación de datos.

El diseño del proyecto será participativo, abierto, flexible y nunca acabado, debido a que esto servirá para seguir incrementando o cambiando ciertos aspectos del proyecto mientras se va descubriendo, verificando o anulando.

Posteriormente la investigación tendrá un predominio del análisis cualitativo, por lo que se utilizarán diferentes técnicas psicológicas para el manejo y la obtención de información como son: la entrevista psicológica y los reactivos psicológicos o test.

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

El mayor problema que afrontan los estudiantes son las preocupaciones hipocondriacas a causa del estudio de la medicina y patología al que son sometidos; donde la psicología es de gran importancia mediante la aplicación de corrientes psicológicas que servirán tanto para la prevención como para el tratamiento del mismo.

La corriente cognitiva- conductual tiene por objetivo modificar la cognición y por lo tanto cambiar conductas donde se racionaliza los problemas y dificultades que presenta el ser humano.

Esta investigación es de estudio psicológico donde se analizarán las preocupaciones hipocondriacas y su relación con la formación de los estudiantes de medicina.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

DERECHO A LA SALUD

"El derecho a la salud puede definirse como aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales -especialmente la familia-, en cuanto que titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado y de los grupos económicos y profesionales, en cuanto que sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y garanticen el mantenimiento de esas condiciones.

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.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema

nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas."

LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 26.- de la Constitución de la República del Ecuador establece que la educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo;

Art. 28.- de la Constitución de la República del Ecuador señala entre otros principios que la educación responderá al interés público, y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos;

Art. 29.- de la Carta Magna señala que el Estado garantizará la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra en la educación superior, y el derecho de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural;

FINES DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 3.- Fines de la Educación Superior.- La educación superior de carácter humanista, cultural y científica constituye un derecho de las personas y un bien público social que, de conformidad con la Constitución de la República, responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos.

Art. 5.- Derechos de las y los estudiantes.- Son derechos de las y los estudiantes los siguientes:

- a) Acceder, movilizarse, permanecer, egresar y titularse sin discriminación conforme sus méritos académicos;
- b) Acceder a una educación superior de calidad y pertinente, que permita iniciar una carrera académica y/o profesional en igualdad de oportunidades;
- c) Contar y acceder a los medios y recursos adecuados para su formación superior; garantizados por la Constitución;
- d) Participar en el proceso de evaluación y acreditación de su carrera;
- e) Elegir y ser elegido para las representaciones estudiantiles e integrar el cogobierno, en el caso de las universidades y escuelas politécnicas;
- f) Ejercer la libertad de asociarse, expresarse y completar su formación bajo la más amplia libertad de cátedra e investigativa;
- g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento;
- h) El derecho a recibir una educación superior laica, intercultural, democrática, incluyente y diversa, que impulse la equidad de género, la justicia y la paz; e,
- i) Obtener de acuerdo con sus méritos académicos becas, créditos y otras formas de apoyo económico que le garantice igualdad de oportunidades en el proceso de formación de educación superior.

Art. 6.- Derechos de los profesores o profesoras e investigadores o investigadoras.- Son derechos de los profesores o profesoras e investigadores o investigadoras de conformidad con la Constitución y esta Ley los siguientes:

a) Ejercer la cátedra y la investigación bajo la más amplia libertad sin ningún tipo de imposición o restricción religiosa, política, partidista o de otra índole;

b) Contar con las condiciones necesarias para el ejercicio de su actividad;

c) Acceder a la carrera de profesor e investigador y a cargos directivos, que garantice estabilidad, promoción, movilidad y retiro, basados en el mérito académico, en la calidad de la enseñanza impartida, en la producción investigativa, en el perfeccionamiento permanente, sin admitir discriminación de género ni de ningún otro tipo;

d) Participar en el sistema de evaluación institucional;

e) Elegir y ser elegido para las representaciones de profesores/as, e integrar el cogobierno, en el caso de las universidades y escuelas politécnicas;

f) Ejercer la libertad de asociarse y expresarse;

g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento

h) Recibir una capacitación periódica acorde a su formación profesional y la cátedra que imparta, que fomente e incentive la superación personal académica y pedagógica.

Art. 7.- De las Garantías para el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad.- Para las y los estudiantes, profesores o profesoras, investigadores o investigadoras, servidores y servidoras y las y los trabajadores con discapacidad, los derechos enunciados en los artículos precedentes incluyen el cumplimiento de la accesibilidad a los servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios, que deberán ser de calidad y suficientes dentro del Sistema de Educación Superior.

Todas las instituciones del Sistema de Educación Superior garantizarán en sus instalaciones académicas y administrativas, las condiciones necesarias para que las personas con discapacidad no sean privadas del derecho a desarrollar su actividad, potencialidades y habilidades.

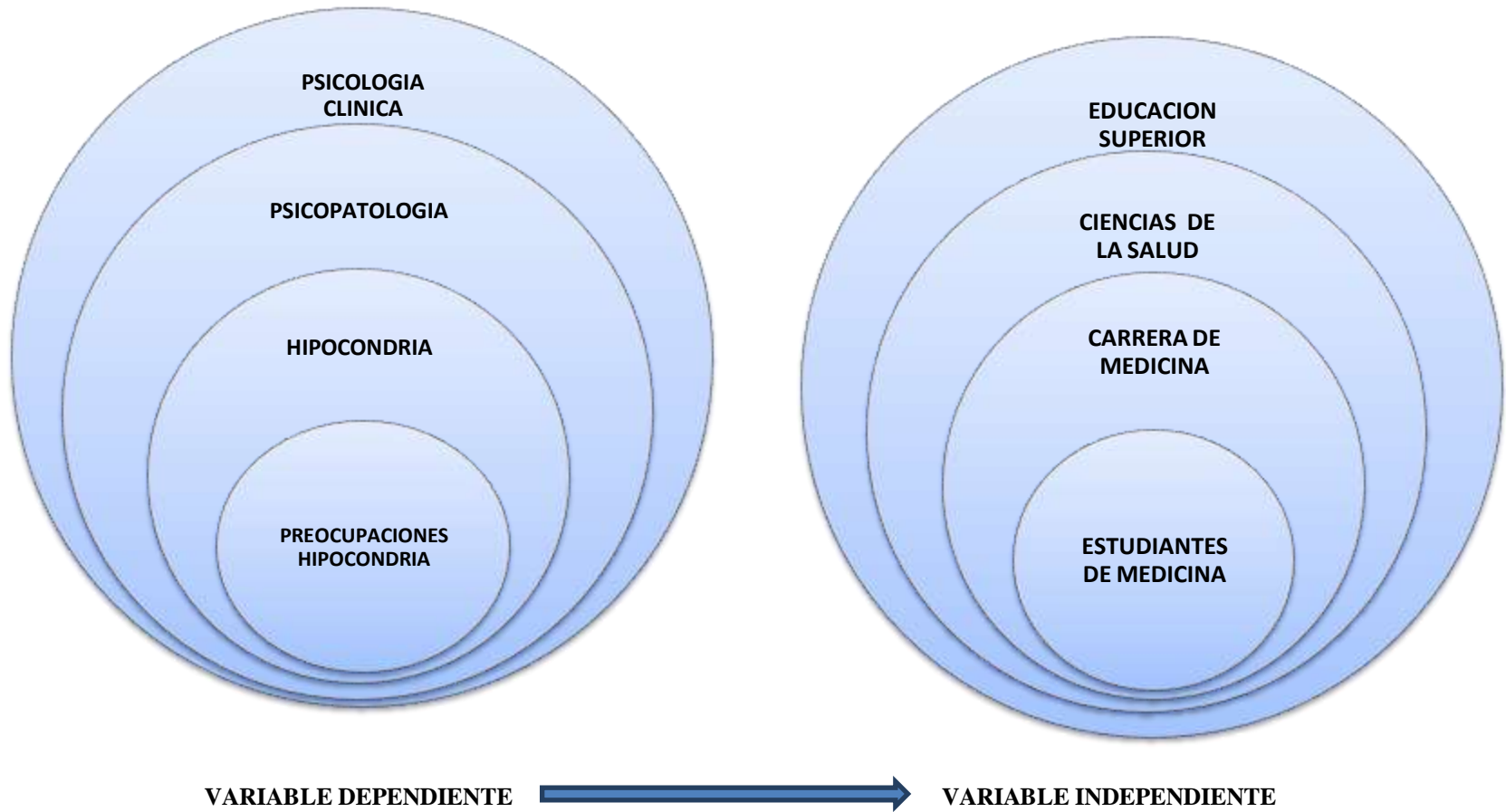
Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior.- La educación superior tendrá los siguientes fines:

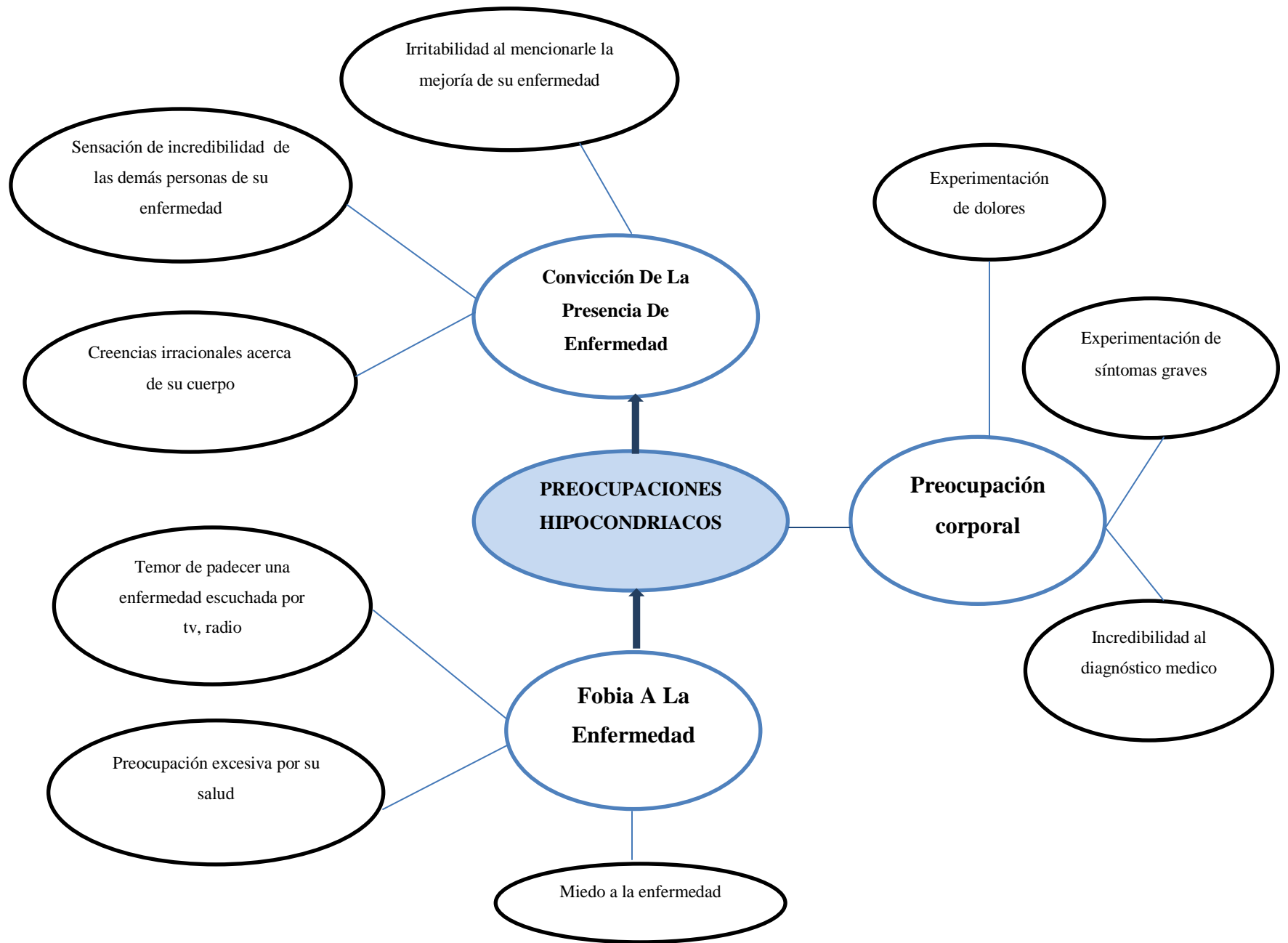
- a) Aportar al desarrollo del pensamiento universal, al despliegue de la producción científica y a la promoción de las transferencias e innovaciones tecnológicas;
- b) Fortalecer en las y los estudiantes un espíritu reflexivo orientado al logro de la autonomía personal, en un marco de libertad de pensamiento y de pluralismo ideológico;
- c) Contribuir al conocimiento, preservación y enriquecimiento de los saberes ancestrales y de la cultura nacional;
- d) Formar académicos y profesionales responsables, con conciencia ética y solidaria, capaces de contribuir al desarrollo de las instituciones de la República, a la vigencia del orden democrático, y a estimular la participación social;
- e) Aportar con el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo previsto en la Constitución y en el
Plan Nacional de Desarrollo.
- f) Fomentar y ejecutar programas de investigación de carácter científico, tecnológico y pedagógico que coadyuven al mejoramiento y protección del ambiente y promuevan el desarrollo sustentable nacional;
- g) Constituir espacios para el fortalecimiento del Estado Constitucional, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico; y,
- h) Contribuir en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o extensión universitaria.

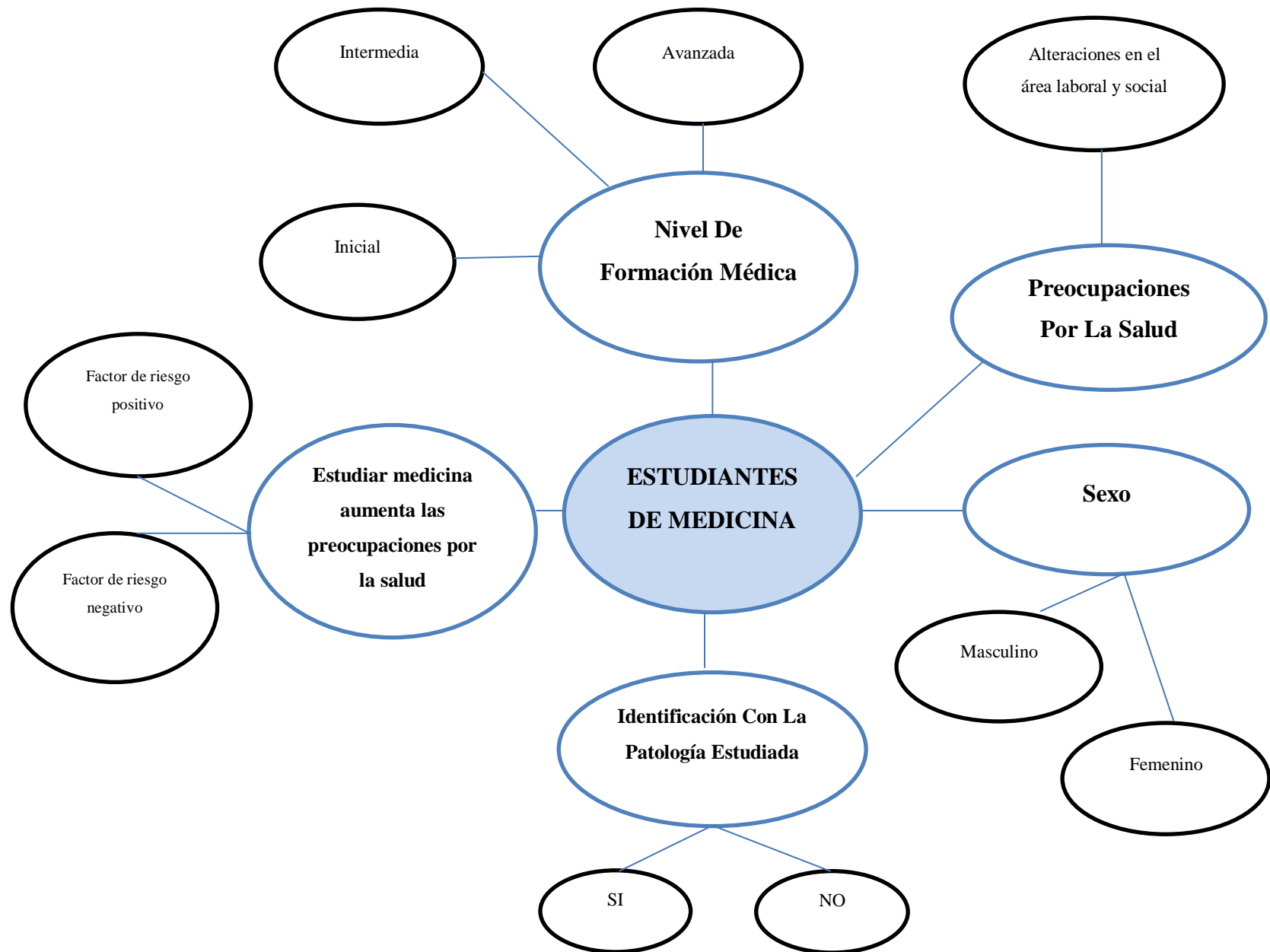
Art. 9.- La educación superior y el buen vivir.- La educación superior es condición indispensable para la construcción del derecho del buen vivir, en el marco de la interculturalidad, del respeto a la diversidad y la convivencia armónica con la naturaleza.

Art. 10.- Articulación del Sistema.- La educación superior integra el proceso permanente de educación a lo largo de la vida. El Sistema de Educación Superior se articulará con la formación inicial, básica, bachillerato y la educación no formal.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES







CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

ANÁLISIS

La Psicología Clínica es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores psicológico apoyo a la prevención y recuperación que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar y sufrimiento al individuo humano

Estudia en sí, tanto la conducta normal como patológica así dentro de esta se encuentra la psicopatología la misma que es designada como una área de estudio que se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, como posibles aproximaciones de tratamiento. Dentro de estos se citan ejemplos patológicos como la hipocondría definida como una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado, incluso obsesivo, de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica. Mientras que la preocupaciones hipocondriacas están caracterizadas por un sentimiento de temor o intranquilidad de padecer o ser vulnerable a alguna enfermedad grave.

Trastorno caracterizado por la presencia de una preocupación generalizada y no delirante, con temor a llegar a tener una enfermedad grave basada en la interpretación errónea de los síntomas corporales muy comunes en el personal de salud y en estudiantes de medicina. Presenta manifestaciones clínicas comunes a múltiples patologías psiquiátricas, como la ansiedad, el miedo y los síntomas somáticos; Además de conductas compensatorias basadas en la búsqueda de explicaciones médicas que confirmen los temores, logrando una tranquilidad transitoria ante los resultados normales. Se provoca de este modo un deterioro de la relación médico-paciente llegando en muchos casos a la iatrogenia y provocando gastos de recursos sanitarios tales como procedimientos diagnósticos

y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, absentismo laboral, etc.

VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

LA EDUCACIÓN SUPERIOR: CONCEPTO Y MODELOS

L. González, O. Espinoza mencionan que la expresión educación superior (o enseñanza superior o estudios superiores) se refiere al proceso, los centros y las instituciones educacionales que están después de la educación secundaria o media. En ella se puede obtener una titulación superior (o título superior).

Por lo general el requisito de ingreso del estudiante a cualquier centro de enseñanza superior es tener 15 o 20 años como mínimo, lo que supone que se han completado la educación primaria y la educación secundaria antes de ingresar. Es común que existan mecanismos de selección de los postulantes basados en el rendimiento escolar de la secundaria o exámenes de selección. Según el país, estos exámenes pueden ser de ámbito estatal, local o universitario. En otros sistemas, no existe ningún tipo de selección. Cabe destacar también que cada vez más instituciones de enseñanza superior permiten, o incluso animan, el ingreso de personas adultas sin que hayan tenido necesariamente éxito en la educación secundaria; esto se aplica sobre todo a las universidades abiertas.

CIENCIA DE LA SALUD

SEGÚN WIKIPEDIA, CIENCIA DE LA SALUD es la disciplina que proporciona los conocimientos adecuados para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad. Las Ciencias de la Salud incluyen diferentes disciplinas orientadas o se dedican a la salud de seres humanos y animales y se organizan en dos vertientes:

1) el estudio y la investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad;

2) la aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades, y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido o para profundizar el estudio de una forma más especializada. Otros campos que han hecho un aporte excepcional y significativo a las Ciencias de la Salud son: Bioquímica, Biotecnología, Ingeniería, Epidemiología, Genética, Enfermería, Farmacología, Farmacéutica, Medicina, etc.

Su finalidad no es sólo la de proveer información sino de promover cambios favorables hacia la salud en las actividades y en la conducta de las personas.

CARRERA DE MEDICINA

LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE ECUADOR DEFINE como la formación de profesionales médicos a través de un proceso de enseñanza aprendizaje que integre el conocimiento de avanzada, la tecnología de punta, la investigación, el servicio social y comunitaria, mediante la capacitación actualizada y permanente, la actitud investigativa, las habilidades desarrolladas y destrezas calificadas, de acuerdo a las necesidades de la salud individual, familiar y comunitaria, buscando su identidad en base de valores y principios, cumpliendo con su rol dentro de la sociedad y respetando las Leyes Éticas y Morales, de la Nación y de la Universidad. La Escuela de Medicina es líder en la Educación y formación médico, ética, científica, investigativa siendo; creativa, imaginativa, demostrativa, crítica con proyección de servicio coherente con los avances de la ciencia,

investigación, tecnología, necesidades de la sociedad y de la comunidad y corrientes

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA la define como una práctica social orientada al cuidado y restitución de la salud de las personas, familias y comunidades mediante acciones científico técnicas, humanísticas y éticas integrales, que se ejecutan en el marco de la interculturalidad y del respeto a los derechos de las personas. Se fundamenta en los principios de equidad, solidaridad, universalidad, reciprocidad y corresponsabilidad, frente a la salud y la vida. Basa su accionar en la estrategia de la Atención Primaria de Salud mediante la ejecución de programas integrales orientados a la promoción de la salud en comunidades diversas, reconociendo la importancia del trabajo intersectorial, la participación comunitaria, los saberes y prácticas tradicionales en salud. Desarrolla acciones técnicas interdisciplinarias para el control y prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación de las personas enfermas, procesos debidamente integrados en los distintos niveles de la red de servicios de salud.

Se preocupa principalmente por la salud integral del ser humano en su ciclo de vida individual y familiar; del crecimiento y desarrollo normal de los niños y adolescentes; de la salud sexual y reproductiva; de la salud de la persona adulta y adulta mayor en sus ambientes laborales y medioambientales; de la atención de las urgencias, emergencias y en los desastres provocados por la acción del hombre o la naturaleza; y, de la gestión de calidad de los servicios, basados en la identificación y respuesta a las necesidades de diversas comunidades.

Además, la práctica de la medicina general fundamenta su accionar en la construcción del conocimiento científico para determinar las necesidades en salud y atención a los individuos y grupos afectados, mediante procesos de investigación científica y tecnológica; así como en la actualización permanente del conocimiento universal.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Objetivo General

Formar un médico de perfil amplio que tenga un concepto biosocial e integral de la medicina y la salud, con sólidos conocimientos y enfoque científico humano

Visión: La Carrera de Medicina se constituirá en referente nacional e internacional por sus niveles de excelencia, ética y liderazgo en la formación superior de salud.

Misión: Formar médicos de excelencia científica, humanística, ética y responsabilidad social, dentro de la docencia, investigación y vinculación con la comunidad.

ESTUDIANTE DE MEDICINA

Es aquel profesional en formación, con un compromiso con la salud de la comunidad, las personas y las familias en sus entornos, y con los valores humanos y profesionales de la medicina

2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.5.1 PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

La psicología evolutiva estudia la forma en que las personas cambian a lo largo de su vida, comprende el estudio del ciclo vital, observa de qué manera cambian continuamente las acciones del individuo y cómo este reacciona en un ambiente que también cambia constantemente.

Describe, explica predice el comportamiento, realizando sugerencias para modificarlo, con el propósito de ayudar a desarrollar el máximo potencial del sujeto. (Bates, Reese, Lipsitt, 1980)

Existen tres trayectorias dentro del desarrollo del ser humano en las que se basa la psicología evolutiva como método de estudio, estas son:

Desarrollo físico: Cambios corporales como la estatura, peso desarrollo cerebral y el desarrollo de las habilidades motoras.

Desarrollo cognitivo: cambios en el proceso de pensamiento que afectan el aprendizaje, las habilidades lingüísticas y la memoria.

Desarrollo psicosocial: Cambios en los aspectos sociales y emocionales de la personalidad.

El concepto de desarrollo es entendido como un proceso a lo largo de toda la vida. Hasta la gente muy mayor continúa evolucionando, llegando a experimentar un crecimiento importante en su personalidad, incluso al final de la vida.

2.5.1.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es el período que nos sitúa entre la infancia que dejamos atrás y el período en el que ya se comienza a vislumbrar vagamente el nuevo adulto en qué se va a convertir aproximadamente una edad de 13 a 19 años.

Cambios fisiológicos:

Éste proceso comienza con la pubescencia. En esta etapa de rápido crecimiento maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios (desarrollo de los senos, vello corporal y cambio de voz). Tras dos años esta etapa termina con la pubertad, etapa en la cual los individuos están sexualmente maduros y capaces de reproducirse. En general para las mujeres la pubertad es alrededor de los 12 años, en cambio para los hombres a los 14.

En el caso de las mujeres es trascendental la menarquía (primera menstruación), ya que indica su madurez sexual, aunque no sea fértil en los primeros ciclos. Estudios realizados revelan que ante este acontecimiento hay diversas actitudes: alegría y excitación o bien con temor, turbación o miedo.

La señal fisiológica equivalente en el hombre es la presencia de espermatozoides en la orina, que ocurre generalmente alrededor de los 15 años. Al no ser tan fácilmente observable no es un momento con la misma significación simbólica que la menstruación.

Desarrollo cognitivo:

La madurez cognitiva es la capacidad de pensar de forma abstracta, hecho que se alcanza ordinariamente en la adolescencia entre los 11 y 20 años, según Piaget. Los adolescentes pueden, entonces, pensar no sólo en función de lo que observamos en una situación concreta. Desde ese momento pueden imaginar una variedad infinita de posibilidades, hipótesis y plantearse problemáticas intelectuales de forma sistemática.

Según Piaget los Adolescentes se encontrarían dentro de sus etapas de clasificación en: operaciones formales, aunque asegura que no todos llegan a esta etapa, ya que es esencial para llegar a ella un cierto nivel de apoyo cultural y de educación.

Desarrollo moral:

Kohlberg lo define como el desarrollo de un sentido individual de la justicia, basado más en las ideas que se tienen sobre la moralidad que en la manera de actuar. Sin embargo Gilligan sostiene que las mujeres definen la moralidad como la capacidad de situarse en el punto de vista de la otra persona y como una inclinación a sacrificarse para asegurar el bienestar del otro.

Desarrollo social y personalidad:

La búsqueda de identidad, resolver “quién soy yo en realidad” es la tarea más importante de la adolescencia, a la que Erikson llama: “Identidad frente a confusión de roles”. Éste cuestionamiento se repite a lo largo de la vida. Los repentinos cambios sufridos los hacen preguntarse quiénes han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo. Para Erikson, enamorarse es un intento por definir la identidad, ya que a través de una relación más íntima el adolescente ofrece su propia personalidad, la ve reflejada en la persona amada y es más capaz de conocerse a sí mismo. Muchos adolescentes mantienen buenas relaciones con sus padres, por lo que la conocida “rebelión adolescente” es sólo un gran mito.

En cuanto al desarrollo profesional, sobre los 17 años, se supone que los adolescentes están entrando en una fase en la que planifican sus futuras profesiones. Según estudios en la actualidad muchos adolescentes trabajan, pero el trabajo parece no aportar grandes beneficios para su futuro desarrollo ocupacional, social o educativo.

El comportamiento heterosexual prematrimonial se da generalmente en el contexto de una relación afectuosa y amorosa. Muchos observadores creen que esta situación se da porque “la actividad sexual se está convirtiendo en parte de la experiencia del adolescente”, pero refiriéndose a promiscuidad. Sin embargo, muchos de éstos adolescentes sexualmente activos no usan métodos anticonceptivos, ya sea porque los desconocen, no saben dónde conseguirlos o temen que sus padres puedan descubrirlos. Esto conlleva a embarazos no deseados. Muchas adolescentes no casadas ponen fin a sus embarazos abortando, aunque muchas otras deciden tener a sus hijos.

2.5.1.2 LA ADULTEZ TEMPRANA

Con el pasar del tiempo todo a nuestro alrededor cambia, nuestra manera de ver la vida, nuestro físico, nuestras expectativas, nuestra mentalidad, nuestras metas y realizaciones, es en esta etapa donde se comienza a cumplir todo lo que nos proponemos y esperamos de la existencia.

La adultez temprana, inicia al terminar la adolescencia aproximadamente a los 20 años y termina aproximadamente a los 40 años, así que la mentalidad y madurez ya forman parte de nuestro pensamiento, para ver las cosas desde otro punto de vista. A continuación se explicara más detalladamente las diferentes características de los procesos evolutivos del ser humano en la maravillosa experiencia llamada vida:

Es el comienzo de la mayoría de edad. Muchos caracterizan la adultez temprana como el período que va desde los 18 años (cuando se es legalmente adulto) hasta el momento en que el individuo encuentra empleo y asume sus roles familiares: funda una familia, tiene hijos, entre otros

Crisis de la Mitad de la Vida:

Es la que se da entre la adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media, en esta se contrastan los valores con la vida laboral, la realidad y el practicismo. Es un periodo de reestructuración, con nuevas posibilidades de madurez y desarrollo. No es un acontecimiento inevitable, ya que la existencia de buenos recursos para enfrentar las exigencias del medio y las de crecimiento personal permitiría una buena adaptación a la edad madura.

DESARROLLO INTELECTUAL:

En lo intelectual, un funcionamiento intelectual consolidado, con una elección adecuada de la carrera o profesión en la que desea desempeñarse y trabajar con buen desempeño.

El ingreso a la universidad habré puertas al conocimiento y al aprendizaje, así como fomenta el desempeño laboral.

El lugar de trabajo ayuda a los adultos a desarrollar habilidades básicas para el trabajo de las cuales muchos trabajadores carecen.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:

El hecho de que la personalidad muestre principalmente estabilidad o cambio depende en parte de cómo se estudie y se mida. Al respecto existen cuatro enfoques del desarrollo psicosocial de los adultos representados por los modelos de etapas normativas, el modelo del momento de los eventos, los modelos de rasgos y los modelos tipológicos.

DESARROLLO SOCIAL:

Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida. Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. Adaptación a la vida social.

Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 18 a los 40 años. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, felicidad y el éxito del individuo.

Se trata de una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar, cambios que se resumirían en la apropiación de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas como la elección de un compañero/a, comienzo de una ocupación, aprendizaje en la convivencia marital, paternidad y cuidado de los hijos, atención del hogar, adquisición de responsabilidades cívicas, localización de un grupo de pertenencia, entre las principales.

2.5.2 CARRERA UNIVERSITARIA.

2.5.2.1 EDUCACIÓN SUPERIOR

La expresión educación superior (o enseñanza superior, estudios superiores o educación terciaria) se refiere al proceso, los centros y las instituciones educacionales que están después de la educación secundaria o media. En ella se puede obtener una titulación superior (o título superior).

Por lo general el requisito de ingreso del estudiante a cualquier centro de enseñanza superior es haber completado la educación primaria y la educación secundaria antes de ingresar. Es común que existan mecanismos de selección de los postulantes basados en el rendimiento escolar de la secundaria o exámenes de selección. Según el país, estos exámenes pueden ser de ámbito estatal, local o universitario. En otros sistemas, no existe ningún tipo de selección. Cabe destacar también que cada vez más instituciones de enseñanza superior permiten, o incluso animan, el ingreso de personas adultas sin que hayan tenido necesariamente éxito en la educación secundaria; esto se aplica sobre todo a las universidades abiertas.

PREPARACIÓN QUE BRINDA

La preparación que brinda la educación superior es de tipo profesional o académica. Se distingue entre estudios de pregrado, grado (carrera universitaria) y posgrado (Máster y Doctorado) según el sistema de titulación profesional y grados académicos. Los establecimientos de educación superior han sido tradicionalmente las universidades, pero además se consideran otros centros educacionales como institutos, escuelas profesionales o escuelas técnicas, centros de formación del profesorado, escuelas o institutos politécnicos, etc. (las denominaciones dependen del sistema educacional del país en particular).

OTRAS FUNCIONES

Una función importante, aparte de la enseñanza, en la educación superior son las actividades de investigación en los distintos niveles del saber. Otra importante función es la que corresponde a actividades de extensión, en las que se procura la

participación de la población y se vuelca hacia ella los resultados. Con base en lo anterior se puede afirmar que la educación superior y de cualquier otra índole debe trascender a la sociedad. La educación superior que no se involucre socialmente deja mucho que desear, debido a que lo ideal de la educación es que la persona que la reciba comprenda que es un ser social y que debe servirle no solo a él o ella, sino también a la sociedad a la cual pertenezca o dentro de la cual interactúe.

ROL EN LA SOCIEDAD

El papel jugado por la educación superior en la sociedad cambia según la cultura del país; por ejemplo, en muchos países del sur de Europa se entiende que el estudiante va a la universidad para obtener un diploma que le asegurará un buen trabajo, mientras que en varios países del norte de Europa el período de estudios a la universidad es también un momento en el que el estudiante aprende a ser autónomo emocional y económicamente, aprende a mezclar con gente de diferentes orígenes, y se desarrolla como persona. En estos países, el estudiante estudia en una ciudad más bien lejos de su pueblo natal.

2.5.2.2 FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE LA CARRERA DE MEDICINA

La educación médica, lejos de estar estandarizada, varía considerablemente de país a país. Sin embargo, la educación para la formación de profesionales médicos implica un conjunto de enseñanzas teóricas y prácticas generalmente organizadas en ciclos que progresivamente entrañan mayor especialización.

MATERIAS BÁSICAS

La siguiente es una lista de las materias básicas de formación en la carrera de medicina:

- *Anatomía humana*: es el estudio de la estructura física (morfología macroscópica) del organismo humano.
- *Anatomía patológica*: estudio de las alteraciones morfológicas que acompañan a la enfermedad.
- *Bioestadística*: aplicación de la estadística al campo de la medicina en el sentido más amplio; los conocimientos de estadística son esenciales en la planificación, evaluación e interpretación de la investigación.
- *Bioética*: campo de estudio que concierne a la relación entre la biología, la ciencia la medicina y la ética.
- *Biofísica*: es el estudio de la biología con los principios y métodos de la física.
- *Biología*: ciencia que estudia los seres vivos.
- *Bioquímica*: estudio de la química en los organismos vivos, especialmente la estructura y función de sus componentes.
- *Cardiología*: estudio de las enfermedades del corazón y del sistema cardiovascular.
- *Citología* (o biología celular): estudio de la célula en condiciones fisiológicas.
- *Dermatología*: estudio de las enfermedades de la piel y sus anexos.
- *Embriología*: estudio de las fases tempranas del desarrollo de un organismo.
- *Endocrinología*: estudio de las enfermedades de las glándulas endócrinas.
- *Epidemiología clínica*: El uso de la mejor evidencia y de las herramientas de la medicina basada en la evidencia (MBE) en la toma de decisiones a la cabecera del enfermo.
- *Farmacología*: es el estudio de los fármacos y su mecanismo de acción.
- *Fisiología*: estudio de las funciones normales del cuerpo y su mecanismo íntimo de regulación.
- *Gastroenterología*: estudio de las enfermedades del tubo digestivo y glándulas anexas.
- *Genética*: estudio del material genético de la célula.

- *Ginecología y obstetricia*: estudio de las enfermedades de la mujer, el embarazo y sus alteraciones.
- *Histología*: estudio de los tejidos en condiciones fisiológicas.
- *Historia de la medicina*: estudio de la evolución de la medicina a lo largo de la historia.
- *Neumología*: estudio de las enfermedades del aparato respiratorio.
- *Neurología*: estudio de las enfermedades del sistema nervioso.
- *Otorrinolaringología*: estudio de las enfermedades de oídos, nariz y garganta.
- *Patología*: estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. La palabra deriva de *pathos*, vocablo de muchas acepciones, entre las que están: «todo lo que se siente o experimenta, estado del alma, tristeza, pasión, padecimiento, enfermedad». En la medicina, *pathos* tiene la acepción de «estado anormal duradero como producto de una enfermedad», significado que se acerca al de «padecimiento».
- *Patología médica*: una de las grandes ramas de la medicina. Es el estudio de las patologías del adulto y tiene múltiples subespecialidades que incluyen la cardiología, la gastroenterología, la nefrología, la dermatología y muchas otras.
- *Patología quirúrgica*: incluye todas las especialidades quirúrgicas de la medicina: la cirugía general, la urología, la cirugía plástica, la cirugía cardiovascular y la ortopedia entre otros.
- *Pediatría*: estudio de las enfermedades que se presentan en los niños y adolescentes.
- *Psicología médica*: estudio desde el punto de vista de la medicina de las alteraciones psicológicas que acompañan a la enfermedad.
- *Psiquiatría*: estudio de las enfermedades de la mente.
- *Semiología clínica*: estudia los síntomas y los signos de las enfermedades, como se agrupan en síndromes, con el objetivo de construir el diagnóstico. Utiliza como orden de trabajo lo conocido como método clínico. Este método incluye el interrogatorio, el examen físico, el análisis de los

estudios de laboratorio y de Diagnóstico por imágenes. El registro de esta información se conoce como Historia Clínica.

- *Traumatología y ortopedia*: estudio de las enfermedades traumáticas (accidentes) y alteraciones del aparato musculo esquelético.

2.5.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

El estudio descriptivo de estudiantes de la Facultad de Medicina de Zaragoza en los primeros cursos de carrera permite comprobar el elevado porcentaje de mujeres que cursa la misma, como ya había sido puesto de manifiesto en estudios anteriores. Este porcentaje es mucho mayor que en otros estudios universitarios (75% vs 55%), siendo esta diferencia significativa

Este hecho podría estar causado por la circunstancia de la incorporación de la mujer al mundo laboral y universitario que como es lógico también afecta a la esfera de la Medicina. Además, el sexo es una variable que influye en la personalidad del sujeto, en las expectativas de futuro y en su conducta vocacional. En este sentido la causa del gran porcentaje de mujeres quizá pueda encontrarse en la mayor tendencia del sexo femenino hacia los intereses altruistas y sociales como se ha verificado en este estudio. Es decir, si se tiene en cuenta que en Medicina el sexo femenino es mayoritario y se conoce la influencia del sexo en la vocación, se puede pensar que los distintos sexos se acercan a los estudios de Medicina desde supuestos diferentes y con motivaciones distintas como se ha puesto de manifiesto por los resultados que constatan una mayor tendencia del sexo masculino hacia los motivos de tipo instrumental e intelectual. Esta interpretación viene reportada por los trabajos de Feather.

Por otra parte, el cambio de rol del médico actual, con una marcada tendencia al funcionariado que ha supuesto una estabilización en la escala social y adquisitiva, encaja mejor con las características de la personalidad femenina, claramente

tendente a la búsqueda de la estabilidad y menos influida por motivos instrumentales.

Este estudio también ha servido para poner de manifiesto las diferencias marcadas por el sexo en lo que se refiere a las preferencias por las distintas especialidades médicas, diferencias que se han venido objetivando reiteradamente en distintos trabajos.

Con respecto a la decisión de estudiar Medicina y en concreto a las etapas de tal decisión, es de destacar el alto porcentaje de estudiantes que toma la decisión definitiva en una edad anterior a lo que suele hacerlo el resto de población universitaria, lo que coincide con los datos aportado por otros estudios. Estos estudiantes presentan diferencias respecto a los que toman la decisión en el último año de bachillerato. Dichas diferencias están en relación con los factores de influencia, los patrones de selección, la existencia de dudas en algún momento y el saber o no qué tipo de especialidad les gustaría hacer en el futuro. De esta manera los resultados corroboran, como parecería lógico suponer, que los estudiantes que deciden antes son los que piensan que la carrera de Medicina es la única que podían haber elegido, los que menos dudas han tenido hasta el momento y los que en mayor porcentaje han decidido hacer esta carrera por razones altruistas. Finalmente, los estudiantes que deciden antes saben mayoritariamente qué tipo de especialidad quieren hacer en el futuro. Todo esto sugiere un fuerte componente vocacional.

2.5.3 Antecedentes históricos de Hipocondría

La Hipocondría en sus inicios fue considerada por Galeno (siglo II) como una forma especial de melancolía caracterizada por síntomas de malestar digestivo que se creía que provenían del bazo y otros órganos del hipocondrio (hígado, la vesícula biliar, el ángulo hepático del colon y profundamente el riñón), combinados con miedo y tristeza; basada en la teoría de los humores sostenida por Hipócrates, la cual afirmaba que la salud dependía del equilibrio de los 4 humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) en el cuerpo.⁷

Durante los siglos XVII y XVIII, la hipocondría dejó de entenderse como una manifestación de melancolía, para centrarse en una enfermedad debida a alteraciones gastrointestinales.⁶

En el siglo XVII se sugirió una relación cercana entre histeria e hipocondría, proponiendo que la hipocondría era la versión masculina de la histeria. La hipocondría adquirió mayor notoriedad en este siglo gracias a una de las grandes obras de Molière, 'El Enfermo Imaginario'. En 1651, Robert Burton escribió un tratado llamado "Anatomía de la Melancolía", en el cual incluye una categoría de melancolía hipocondríaca cuyos síntomas son: "temor y pena, eructos agudos, calor en los intestinos, vientos y ruidos sordos en las tripas, dolor en el vientre y en el estómago, sudor, frío, indigestión".

En la actualidad, la hipocondría se considera como un trastorno somatomorfo al que se le ha dado mayor atención por el impacto negativo que representa en el ámbito laboral, social y emocional del paciente.

2.5.4 Criterios Diagnósticos de Hipocondría

En 1952 el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos publica su primera edición, el DSM I, el cual incluyó la hipocondría como una entidad diagnóstica. Los criterios de diagnóstico fueron revisados en el DSM-II, DSM-III y DSM-III-R, sin embargo, los cambios han sido fundamentalmente lingüísticos, no sustantivos. El único cambio entre el DSM-III-R y DSM-IV es la descripción de si el paciente tiene o no consciencia de la enfermedad durante el episodio por el que se encuentra atravesando. La CIE (clasificación estadística internacional de enfermedades) es otra clasificación que contiene un apartado de trastornos mentales, incluyendo la hipocondría, que al igual que el DSM ha ido generando nuevas versiones de sus ediciones. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para Hipocondría

DSM IV	CIE 10
<p>A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.</p> <p>B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.</p> <p>C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).</p> <p>D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.</p> <p>F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.</p>	<p>A. Durante al menos 6 meses especifican que debe existir la convicción de "estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes" y exigen que, por lo menos, una de ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondríaco.</p> <p>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 anomalía somática</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.</p>	

Generalmente estos pacientes no manifiestan mayor preocupación por enfermedades leves, sino más bien por patologías de gravedad. La enfermedad específica puede cambiar con el tiempo. La duración de un episodio de una enfermedad alarmante puede durar desde meses a años; o, puede que no cambie en lo absoluto durante todo el curso del trastorno.

2.5.6 Teorías etiológicas de Hipocondría

Se han propuesto cuatro grandes teorías etiológicas en relación a la hipocondría:

- A. Amplificación de sensaciones corporales normales
- B. Formulación psicodinámica
- C. Conceptos de aprendizaje social
- D. Variante sindrómica de otras condiciones psiquiátricas, como un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad.

Amplificación de sensaciones corporales normales.- Esta teoría postula que la hipocondría resulta del aumento de las sensaciones corporales normales. De las cuatro hipótesis ésta ha despertado mayor interés de investigación: los pacientes hipocondriacos podrían amplificar sus sensaciones somáticas normales y, atribuirles a algún tipo de patología. Por ejemplo, un cambio en la percepción del paciente de la peristalsis puede ser interpretada como anormal, por lo tanto, representar enfermedad.

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

Otros teóricos abogan que en la hipocondría los deseos agresivos y hostiles hacia los demás son transferidos en enfermedades o quejas físicas a través de castigo o desplazamiento. La frustración o la ira que a menudo estos pacientes manifiestan pueden ser por causa de pérdidas anteriores, rechazos, o decepciones. A veces, estos pacientes, en primer lugar expresan ira y, a continuación rechazan la ayuda y

la preocupación de los demás. El dolor y el sufrimiento somático que se percibe, simbólicamente llegan a ser un medio de enmienda o puede ser experimentado como un merecido castigo por un hecho negativo del pasado ya sea real o imaginario.

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

Variante sindrómica.- Esta teoría sostiene que la hipocondría es una modificación de algún otro trastorno psiquiátrico, como los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, y ciertos trastornos de la personalidad, como el obsesivo-compulsivo. A pesar de que algunos estudios han sostenido que hipocondría es una variante de un estado depresivo, la investigación actual no ha apoyado esta hipótesis. Algunos teóricos creen que la hipocondría es una variante de un trastorno de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de pánico, pero los datos de la investigación sobre este aún no es convincente.¹⁴

Se conoce que factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos están implicados en la causa y el mantenimiento de la hipocondría. Así, experiencias de la infancia como sufrir una enfermedad crónica o grave ya sea del individuo o de algún miembro de la familia de primer grado; el estar enfermo y faltar a la escuela; o haber vivido una experiencia traumática en particular física o sexual predispone a padecer el trastorno hipocondriaco. También la sobreprotección por parte de los padres puede inducir el desarrollo del mismo.³

La hipocondría es una enfermedad que debería detectarse en la atención primaria. Posiblemente las personas con hipocondría visiten a numerosos especialistas y sean reacios a consultar a un psiquiatra. Es necesario que los médicos tengan conocimiento acerca de la existencia de esta enfermedad así como de las modalidades efectivas de psicoterapia. Deben saber cuáles son los servicios

disponibles y las redes de apoyo así como las formas de acceder a los mismos. Es necesario que los médicos sepan comunicar a los pacientes la naturaleza del trastorno y alentarlos para que acepten el tratamiento efectivo.

2.5.7 PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS

2.5.7.1 Aspectos Generales

a) Concepto

Las preocupaciones hipocondríacas están caracterizadas por un sentimiento de temor o intranquilidad de padecer o ser vulnerable a alguna enfermedad grave.

Pueden ser definidas por cuatro elementos:

1. Episodios frecuentes de preocupación acerca de una o más enfermedades graves.
2. Durante los episodios de preocupación de riesgo de contraer una enfermedad grave el temor es al menos moderado.
3. Las preocupaciones ocasionan un malestar emocional al menos moderado.
4. Las preocupaciones han conducido a la búsqueda de atención médica.

b) Epidemiología

La prevalencia de preocupaciones hipocondriacas en Atención Primaria se sitúa entre el 8 y el 20% (Robbins y Kirmayer 1996; Hollifield, Paine, Tuttle y Kellner, 1999), y del 23% según Fernández Martínez y Fernández Rodríguez (2001), aunque estos últimos datos apuntan a un sesgo en el proceso de selección que hace cuestionable esta prevalencia. No se ha observado diferencias en variables demográficas como sexo y edad.¹⁵

Se estima que entre el 10 y el 20% del presupuesto de la asistencia sanitaria de los Estados Unidos se emplea en pacientes que somatizan, incluyendo aquellos con preocupaciones hipocondríacas que mal interpretan la importancia de los síntomas somáticos como evidencia de una enfermedad grave.

2.5.7.2 Factores asociados a preocupaciones hipocondríacas

En los últimos años se ha venido defendido que las preocupaciones por la salud que todo ser humano experimenta en algún momento de su vida, son comparables a las que se observan en los estados hipocondríacos clínicos, es decir, la diferencia entre ambas es únicamente una cuestión de grado.

El desarrollo de las preocupaciones hipocondriacas en un individuo se ha vinculado con experiencias previas relacionadas con la enfermedad, afectividad negativa, la conducta frente a la enfermedad, el perfil del individuo y sensibilidad a la ansiedad.

❖ Experiencias relacionadas con la enfermedad

Se considera que varias experiencias relacionadas con la enfermedad a lo largo de la infancia (hasta 18 años), tienen un posible papel predisponente que promovería un sentido de vulnerabilidad frente a la enfermedad. Entre estas “experiencias de aprendizaje” se citan: la convivencia con familiares que expresaban con frecuencia preocupaciones por la salud o que hayan padecido alguna enfermedad grave, experiencias personales relacionadas con la enfermedad en la infancia como haber tenido limitaciones a causa de problemas de salud, y atenciones especiales por el estado de salud.¹⁷

❖ Afectividad Negativa

La Afectividad Negativa es una característica de personalidad estrechamente vinculada a las preocupaciones hipocondríacas según varios investigadores. Se

entiende como la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo. Las personas con elevada afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones, se muestran incapaces de enfrentar a los estresores de la vida, tienen una visión negativa de sí mismos. La ocurrencia de acontecimientos estresantes o las circunstancias vitales actuales perturbadoras del bienestar personal han sido destacadas como importantes en los problemas somatoformes. En un estudio ¹⁵ (Fernández Martínez y Fernández Rodríguez 2001), se reportó que sucesos estresantes del pasado y circunstancias actuales de este tipo, así como estados emocionales negativos estaban directamente vinculadas a la ocurrencia de molestias físicas diversas. Cabe preguntarse, si esta asociación, está relacionada con circunstancias vitales objetivamente más negativas o, se deriva de un sesgo en la respuesta, de modo que aquellos con una tendencia más acusada a expresar insatisfacción con respecto a su salud sean también más proclives a informar acontecimientos negativos.

En tal sentido, Costa y McCrae (1985) o Watson y Pennebaker (1989) aluden a la Afectividad Negativa como constructo que puede unir dichas manifestaciones. Según esta concepción, la preocupación hipocondríaca podría entenderse como un aspecto particular de la tendencia general a la preocupación e insatisfacción que caracteriza a las personas con Afectividad Negativa. ¹⁵

❖ **Conducta de enfermedad**

El desarrollo de la Conducta de Enfermedad arranca con la obra del sociólogo T. Parsons y su concepto de “rol de enfermo”. Pero el auténtico fundador de esta línea de trabajo fue D. Mechanic; quien la define como:

- una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad.

- el resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que van a determinar el significado proporcionado a éste.
- una consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto a determinantes de la respuesta del enfermo.

La conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.

❖ Perfil del individuo

Se podría decir que el perfil representa un importante factor de predisposición, pero sería necesaria la presencia de otros factores para el desarrollo preocupaciones hipocondriacas, y las pautas de pensamiento, afecto y conducta que se ponen en marcha son claves a la hora de explicar el mantenimiento del problema.

El perfil del individuo suele ser de un sujeto incomprendido, con dependencia de otros, pesimismo general, tendencia a experimentar estados emocionales negativos y con una propensión a exagerar las alteraciones fisiológicas, tendencia a la introspectividad o atención auto focalizada.

Se ha propuesto una “teoría de apego” que propone un marco útil para la comprensión del papel de las relaciones interpersonales en el desarrollo y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud. (Maunder y Hunter, 2001).

El patrón de apego de un individuo puede ser conceptualizado como un conjunto de representaciones interiorizadas de las relaciones, que proporcionan un modelo para las interacciones con los demás. Bowlby (1973) argumentó que las dos dimensiones claves de las representaciones internas desarrolladas en la infancia son un modelo de sí mismo en las relaciones y un modelo de los demás en las relaciones. Posteriormente, Bartolomé y Horowitz (1991) propusieron un modelo

de apego del adulto que describe cómo las combinaciones de modelos internos de uno mismo y de los demás pueden dar lugar a cuatro categorías de apego.

El patrón de “apego seguro” tiene una visión positiva de sí mismo y de los demás, ve a sí mismo como digno de amor y apoyo y ve a los demás como dignos de confianza. El “apego preocupado” se caracteriza por una visión negativa de sí mismo, asociada a una baja autoestima y sentimientos de indignidad, pero una visión idealizada positiva de los demás. Se cree que este estilo de apego surge de un cuidado inadecuado en la niñez, y conduce a una forma excesiva de vigilancia en las relaciones, caracterizada por miedo a la pérdida y la necesidad de seguridad. El patrón “evitativo-indiferente” se asocia con una visión positiva de sí mismo. Aunque los individuos con este estilo de apego evitan relaciones cercanas, lo hacen para mantener su sentido valioso de la independencia. El estilo de apego “evitativo temeroso” se caracteriza por una visión negativa de sí mismo como indigno, pero necesitado, y una percepción de los demás como poco fiables. Esto lleva a un enfoque de evasión en las relaciones con los demás.

Las conductas de apego se cree que son activadas particularmente en momentos de peligro, por ejemplo, en tiempos de cambios importantes en la vida, o cuando ocurren eventos negativos, tales como la enfermedad. De hecho, uno de las principales funciones de las conductas de apego, como buscar el apoyo de los demás, es la regulación del afecto. Stuart y Noyes (1999) sugiere que una combinación experiencias traumáticas de la infancia (por ejemplo, el duelo, enfermedad grave u otros efectos adversos) y haber recibido poca atención durante la infancia, daría lugar a patrones de relación que envuelvan excesiva o inadecuada atención de la conducta de búsqueda de cuidado, que podría persistir hasta la edad adulta. Además, se cree que, en presencia de un profesional de la salud, una persona con preocupaciones hipocondríacas experimentará una disminución transitoria de la intranquilidad, por lo que la consulta, por lo menos temporalmente, actúa como un regulador del afecto.²⁴

Se realizó un estudio para probar si, en una muestra de estudiantes universitarios sanos, las preocupaciones hipocondríacas estaban relacionadas con un patrón de apego del adulto y de una tendencia general a buscar tranquilidad en momentos de

estrés, como se predijo por el modelo interpersonal de la hipocondría (Noyes et al, 2002; Stuart y Noyes, 1999).

La hipótesis de que los participantes con un estilo de apego preocupado mostrarían un nivel más alto de preocupaciones hipocondríacas fue confirmada. Este análisis sugiere que la relación entre un patrón de apego preocupado y la búsqueda de tranquilidad se explica en parte por una asociación común con la afectividad negativa.²⁴

❖ **Sensibilidad a la Ansiedad**

Algunas investigaciones han sugerido que la sensibilidad a la ansiedad puede contribuir al desarrollo de preocupaciones hipocondríacas (Bravo y Silverman, 2001; Otto et al, 1992, 1998.; Watt & Stewart, 2000). Watt y Stewart (2000) señalaron que, debido a experiencias de aprendizaje del individuo, éste tiende a sobrevalorar la aparición de síntomas corporales en general, y podría dar lugar al desarrollo de niveles más altos de lo normal de sensibilidad a la ansiedad que, a su vez, podría provocar preocupaciones hipocondríacas. La sensibilidad a la ansiedad se refiere a un miedo excesivo a las sensaciones corporales y relacionadas con la ansiedad, con base en la creencia que estas sensaciones son perjudiciales. (Reiss, 1987, 1991)

Los resultados de un estudio²⁵ confirmaron el papel mediador de las preocupaciones hipocondríacas para explicar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología de pánico. Se concluyó que las preocupaciones hipocondríacas podrían representar el mecanismo mediante el cual la sensibilidad a la ansiedad es capaz de influir en el desarrollo de los síntomas de pánico. Además se determinó que la sensibilidad a la ansiedad, a su vez, está relacionada con preocupaciones hipocondríacas.

2.5.7.3 ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

Para quienes comparten el medio de la salud es bien conocido que la escuela de medicina puede llegar a convertirse en un gran momento de tensión debido a las exigencias, experiencias y situaciones altamente estresantes por la que atraviesan los estudiantes; la exposición por primera vez a la muerte y la enfermedad, el primer examen físico y la falta de conocimientos en terapéutica, son situaciones capaces de producir considerables momentos de ansiedad. ⁴

La enfermedad de los estudiantes de medicina, también conocida como la “hipocondría de los estudiantes de medicina”, “el síndrome del estudiante de medicina” o “trastorno del estudiante de medicina”, es una entidad en la que el estudiante percibe a si mismo experimentando los síntomas de la enfermedad(es) que está estudiando, o tiene temor de contraer la enfermedad en cuestión. ⁴ Algunos autores también se refieren a esta condición como nosophobia, la cual se define como una fobia específica, un miedo irracional de contraer una enfermedad.

Se ha sugerido que la condición se asocia con la preocupación inmediata de los síntomas estudiados, lo que lleva al estudiante a ser demasiado consciente de las diversas disfunciones psicológicas y fisiológicas ocasionales, se muestra poca correlación con la gravedad de la psicopatología, sino más bien con factores relacionados con el aprendizaje y la experiencia.

2.5.8 Una visión a través de los años

Howes y Salkovskis (1998) observaron que los “estudiantes de medicina desarrollan con frecuencia miedos y síntomas de la enfermedad, lo cual ha sido llamado “hipocondría del estudiante de medicina”, “nosofobia”, y “estudiantitis médica”. Los primeros estudios ^{4,5} indicaron que este fenómeno causó una significativa tensión para los estudiantes y estaba presente en aproximadamente un 70 a 80 %. Sin embargo estos estudios fueron no controlados y de muestras pequeñas, y evidenciaron que al menos el 1% de los estudiantes mostraba verdadera hipocondría.

Baars (2001) explica: Estados sugestionables son muy comunes. Los estudiantes de medicina que estudian enfermedades por primera vez rutinariamente desarrollan ilusiones vivas de tener la "enfermedad de la semana"-lo que están estudiando actualmente. Esta forma temporal de la hipocondría es tan común que ha adquirido el nombre de "síndrome de estudiante de medicina." ²⁶

Hodges (2004), revisando la literatura, dijo que "las primeras descripciones de la enfermedad de los estudiantes de medicina aparecieron en los años 60. Pero la descripción del fenómeno se hizo notar mucho antes, George Lincoln Walton (1908) informó que instructores médicos son continuamente consultados por los estudiantes que temen de alguna de las enfermedades que están estudiando." ²⁶

Hodges pasó a describir el trabajo de Moss-Morris y Petrie que vieron a la enfermedad de estudiantes de medicina como "un proceso normal de percepción, más que una forma de hipocondría." Aprender acerca de una enfermedad "crea un esquema mental o la representación de la enfermedad que incluye los síntomas de la misma." ²⁶

Las conclusiones de un estudio realizado en la Universidad de Londres (G. Singh, M. Hankins & J. Weinman 2004) indicaron que los estudiantes de medicina no presentaron mayores niveles de preocupación por la salud, ni de ansiedad, siendo significativamente menor en los años 1 y 4 en estudiantes de medicina que en los estudiantes de control.

2.5.9 SOMATIZACIÓN

Los pacientes cuyos síntomas no tienen una etiología orgánica demostrable a menudo son denominados indistintamente como "preocupados hipocondriacos" o "somatizadores", pero en realidad son términos que tienen diferentes significados. ¹⁶ El estado de temor o intranquilidad de padecer o ser vulnerable a alguna enfermedad grave, se denomina preocupación hipocondriaca. La somatización es un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos.

La somatización (síntomas corporales sin causas orgánicas documentables) es frecuente en la práctica médica de atención primaria, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud. Este término define la tendencia que presentan algunos sujetos a experimentar y comunicar molestias somáticas y síntomas no justificados por hallazgos patológicos, atribuyéndolos a enfermedades físicas y buscando ayuda médica para ellos.³⁰

La condición normal del ser humano es experimentar síntomas somáticos. El 75 % de los adultos sanos presentan algún tipo de malestar físico en el plazo de una semana. Éste puede deberse a circunstancias fisiológicas como la respiración o la circulación, a modificaciones en la dieta, a infecciones víricas subclínicas o a determinados factores ambientales (calor o frío extremo, contaminación). Son síntomas somáticos que no constituyen enfermedad. Pero algunos pacientes amplían sus sensaciones corporales y la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones «normales» de estas sensaciones pensando que son patológicas y aumentando su ansiedad.³⁰

Hay quien teoriza la formación del carácter del somatizador desde una perspectiva evolutiva. Influirían factores como las carencias afectivas en la infancia, un modelo erróneo de la enfermedad por parte de los padres (enfermaban con frecuencia, acudían a menudo a los médicos, la enfermedad excusaba al enfermo de obligaciones).³⁰

La información obtenida de la historia clínica ayudará en el reconocimiento de los pacientes con miedo irracional de la enfermedad. El paciente somáticamente preocupado presentará una historia de un mayor número de consultas externas, hospitalizaciones más frecuentes, y repetidas referencias a sub-especialidad.¹⁶

2.5.10 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

2.5.10.1 Contenido

La entrevista para la evaluación de un paciente que presenta preocupaciones por su salud persigue tres objetivos:

- Verificar la existencia o no de algún tipo de alteración física o psicológica.
- Elaborar una explicación detallada de la psicopatología del paciente, de tal manera que se pueda realizar una formulación psicológica apropiada de su problema.
- Establecer una adecuada relación terapéutica, lo que facilitará que el paciente acepte el tratamiento propuesto.

El primer paso en el diagnóstico diferencial es excluir la existencia de un trastorno físico, ya que algunas enfermedades orgánicas se acompañan de quejas somáticas múltiples e inespecíficas al inicio de su evolución.¹⁷

Entre los problemas orgánicos cuya presencia hay que descartar figuran los siguientes (APA, 1994; Marshall, 1987): trastornos endocrinos tomando como ejemplo enfermedades tiroideas o paratiroides, esclerosis múltiple, miastenia grave, lupus eritematoso sistémico, anemia perniciosa, tumores, enfermedad coronaria atípica y síndromes virales crónicos.¹⁷

Aunque la sintomatología física justifica una enfermedad orgánica, debe considerarse que las preocupaciones hipocondriacas pueden coexistir con una condición física.¹⁷

Con la entrevista de evaluación se pretende profundizar en el conocimiento del problema del paciente. Generalmente, esto se consigue gracias a la información verbal que él mismo proporciona utilizando una anamnesis clínica:

- Descripción breve del problema. Solicitar al paciente que describa de manera resumida su problema actual. Para ello se puede recurrir a preguntas del siguiente tipo: "¿puede decirme en pocas palabras cuál es su problema?".

- Historia del problema. Identificar los factores responsables del inicio del problema, de la persistencia de la preocupación, etc. Preguntas como las siguientes pueden servir para explorar estos datos: "¿cuándo empezó a preocuparse por su salud del modo en que lo hace ahora?", "¿en qué circunstancias?", "¿la preocupación por su salud ha ido aumentando progresivamente?", etc.
- Descripción detallada del problema. Obtención de información específica sobre el estado del paciente, centrada en la exploración de los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales implicados en el problema. Los aspectos esenciales de estos componentes que hay que explorar y los procedimientos a utilizar para ello son los siguientes:
 - a) Componente cognitivo. Incluye los pensamientos negativos automáticos sobre el significado de los síntomas, las imágenes mentales sobre la enfermedad y la muerte, los factores cognitivos que mantienen la ansiedad por la salud (p. ej., focalización de la atención en el cuerpo) y los supuestos disfuncionales acerca de la salud y de la enfermedad. Se realizan preguntas como: "¿cuando empezó a sentir los síntomas, ¿qué pensamientos pasaron por su mente?".
 - b) Componente conductual. Incluye las conductas que desencadenan la preocupación por la salud, las que participan en su mantenimiento, y las consecuencias derivadas de éstas. Para explorar este componente se realizan preguntas que permitan, por ejemplo, identificar las conductas de verificación corporal (p. ej., "¿se toca para ver qué nota o siente en su cuerpo?"), evitación de situaciones o actividades (p. ej., "¿hay algo que no pueda hacer debido a la preocupación por su salud?"), y búsqueda de información tranquilizadora (p. ej. "¿trata de informarse sobre la enfermedad que le preocupa?").
 - c) Componente fisiológico. Incluye las sensaciones corporales que son interpretadas erróneamente.

- Variables moduladoras. Identificación de los factores situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos, interpersonales y fisiológicos que hacen que el problema empeore (p. ej. "¿en qué momentos es más probable que aparezca la preocupación por su salud o que se intensifique?") y de los que consiguen mejorarlo (p. ej. "¿hay algo que le ayude a controlar su problema?").
- Consecuencias del problema. Evaluación del grado en que el problema perturba la vida del paciente a nivel social, laboral, recreación.
- Historia de tratamientos anteriores. Exploración de las consultas y revisiones médicas realizadas.
- Episodios previos de preocupación por la salud. Identificación de momentos anteriores al episodio actual en los que el paciente se ha inquietado.
- Historia personal y familiar de enfermedades.¹⁷

2.5.10.2 Relación Terapéutica

La primera tarea del Psicólogo es establecer la confianza con el paciente, al reconocer y entender las preocupaciones y los síntomas del paciente como reales y luego determinar la etiología más precisa del problema.¹⁶

Es fundamental entender el sufrimiento del enfermo y tener un buen control emocional. Así, se debería explicar los síntomas al enfermo, evitar sentencias del tipo: «No tiene nada», «es de los nervios», manifestar al paciente que no padece ninguna enfermedad grave, y que hay intervenciones terapéuticas que pueden ayudar. El escuchar las quejas, explorar la esfera psicosocial mediante preguntas abiertas, intentando conocer qué le preocupa al paciente, y si lo relaciona con su problema físico.³⁰

Este enfoque puede reducir los costos de salud, limitar el daño iatrogénico, y reducir la preocupación de la enfermedad del paciente.

2.6.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis

Al ser un estudiante de la Carrera de Medicina de nivel intermedio presentan mayor prevalencia de preocupaciones hipocondriacas que los demás niveles de formación.

2.7.- DETERMINACIÓN DE VARIABLES

-Variable independiente: Estudiantes de Medicina.

-Variable dependiente: Preocupaciones Hipocondriacas

CAPITULO III

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo en el periodo de marzo – Julio 2011; que se realizó en la Universidad Técnica de Ambato, con el objetivo de establecer los niveles de preocupaciones hipocondriacas en los niveles formativos de los estudiantes de Medicina.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.

DE CAMPO

Porque el investigador acudió a recabar información en el lugar donde se produce los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

DOCUMENTAL

Porque el investigador acudió a recabar la información mediante un cuestionario basado en un test estandarizado como es el índice de hipocondría de Whiteley dirigido hacia cada estudiante de los niveles iniciales, intermedios y avanzados de la carrera de medicina. (Ver anexos).

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO EXPLORATORIO TRANSVERSAL

La presente investigación fue de tipo Descriptivo exploratorio Transversal, pues se analizó como son las enfermedades mentales y las preocupaciones hipocondriacas, permitiendo detallar y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la

medición de uno o más de sus atributos, es de tipo exploratorio porque tiene por objetivo, la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Es de tipo transversal porque mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

El objetivo de este estudio fue conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron. Con la selección de una muestra de población de estudio y la medición de la variable predictiva que es considerado el factor de riesgo y la variable resultado que es calificado como la enfermedad.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el estudio se tomó en cuenta los estudiantes de formación inicial intermedia y avanzada de la carrera de medicina de la facultad ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo marzo- julio 2011. Se revisó a cada expediente clínico de los Estudiantes seleccionando los que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de la Carrera de Medicina de formación inicial, intermedia, avanzada de la Universidad Técnica de Ambato del periodo marzo- julio 2011
- Que el estudiante acepte participar en el estudio.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que el estudiante se haya retirado de la carrera de Medicina
- Que el/la estudiante tenga una patología de base

3.7 CRITERIOS ÉTICOS

Esta investigación se realizó bajo lineamientos de autonomía, consentimiento informado, y confidencialidad de la información obtenida de los participantes del estudio, así como la previa autorización de la institución universitaria Técnica de Ambato, para poder realizar la encuesta en el establecimiento.

Al tratarse de un estudio meramente exploratorio investigativo se explicó a los participantes que no habrá ni costo ni lucro por su participación, y se respetó la privacidad de la información dada. Así también se respetó la decisión de los participantes de no desear ser parte del estudio. En caso de no cumplir con los criterios de inclusión será excluido de la investigación.

3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.8.1 Variable Independiente: Estudiantes de Medicina

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Estudiantes de Medicina se lo definen a los que se dedican a la aprensión y puesta en práctica de sus conocimientos médicos, recibiendo la enseñanza dentro de un centro educativo reconocido por el estado, siendo sometido a exámenes que validan los conocimientos adquiridos.	<p>NIVEL DE FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA CARRERA DE MEDICINA</p> <p>ENFERMEDAD DE BASE</p>	<p>- Inicial - Intermedio - Avanzado</p> <p>- Si - No</p>	<p>¿En qué nivel de formación de los estudiantes de medicina existe mayor prevalencia en el apareamiento de preocupaciones hipocondriacas?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de estudiantes de medicina con patología de base?</p>	Encuesta Preguntas Elaboradas

	<p>PREOCUPACIONES POR PADECER LAS PATOLOGÍA ESTUDIADA</p>	<p>- Si - No</p>	<p>¿Cuál es el porcentaje de estudiantes que se identifican con la patología estudiada?</p>	
	<p>INCREMENTO DE PREOCUPACIONES POR SU SALUD AL ESTUDIAR MEDICINA</p>	<p>- Si - No</p>	<p>¿Cuál es el porcentaje de estudiantes de medicina que han incrementado las preocupaciones por su salud?</p>	
	<p>SEXO</p>	<p>-Masculino -Femenino</p>	<p>¿En qué genero existe mayor prevalencia de Preocupaciones hipocondriacas?</p>	

	EDAD	- Observación: N° años -Análisis: Promedio.	¿Cuál es la edad de mayor prevalencia en el apareamiento de Preocupaciones Hipocondriacas?	
	DESEMPEÑO LABORAL	- SI - NO	¿Cuál es el porcentaje de estudiantes de medicina en los que las preocupaciones hipocondriacas influyen en el desempeño laboral y social?	

3.8.2 Variable dependiente: Preocupaciones Hipocondriacas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	INSTRUMENTOS
<p>Son los miedos, las creencias, y actitudes asociados a la hipocondría y comportamiento anormal de la enfermedad. Consideradas episodios frecuentes de preocupación donde el riesgo de contraer dicha enfermedad grave temida es al menos moderada ocasionando un malestar emocional significativo</p>	<p>PREOCUPACIÓN CORPORAL</p>	<p>-Si -No</p>	<p>items: a, b, c, d, e, h, j</p>	<p>-Encuesta Índice Whiteley de Hipocondrías</p>
	<p>FOBIA A LA ENFERMEDAD</p>	<p>-Si -No</p>	<p>items: f, i, l, n</p>	
	<p>CONVICCIÓN DE LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD</p>	<p>-Si -No</p>	<p>items: g, k, m.</p>	

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los procedimientos utilizados para la recolección de información se basaron en el uso de herramientas como un cuestionario y una escala de valoración, con las que se recogió los datos sobre las preocupaciones hipocondriacas de los estudiantes de medicina, cuyos resultados fueron sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación.

La información recogida de los estudiantes de la facultad de Ciencias de la salud carrera de Medicina fue obtenida bajo la autorización del decano. Previa la participación en el estudio cada estudiante firmara el instrumento a realizarse (anexo 1) se identificara a los estudiantes mediante un código.

3.10 INSTRUMENTO

Técnica a utilizada fue la encuesta, de forma sistemática en los estudiantes de la carrera de Medicina, en el que se fue registrando a través de pruebas tipo cuestionario y la valoración de la escala las variables establecidas. (Anexos 2)

La escala de valoración utilizada para este estudio fue el Índice de Whiteley, que fue diseñado por Pilowsky. (Anexo 3)

Es una herramienta ampliamente utilizada para medir preocupaciones y creencias hipocondriacas. Se trata de un cuestionario auto administrado de 14 ítems con respuesta dicotómica (Si o No) que se agrupa en tres sub escalas: preocupación corporal (7 ítems: a, b, c, d, e, h, j); fobia a la enfermedad (4 ítems: f, i, l, n); y, convicción de la presencia de enfermedad (3 ítems: g, k, m).

ÍNDICE WHITELEY DE HIPOCONDRIASIS

El Whiteley Index of Hypocondriasis (Pilowsky 1967) fue diseñado para el screening del trastorno hipocondríaco, analizar la gravedad de las actitudes hipocondríacas (miedo a enfermar, convicción de estar enfermo y preocupación corporal) y medir el cambio tras instaurar un tratamiento.

Se trata de un cuestionario auto administrado de 14 ítems con respuesta dicotómica (Si o No). Del análisis factorial de 10 de los 14 ítems del mismo se derivan 3 subescalas: preocupación corporal (3 ítems); fobia a la enfermedad (4 ítems); y, convicción de la presencia de enfermedad. Si fuera posible identificarlas mejor, en caso contrario trabajaremos con el global "8" como línea de corte.

A cada respuesta afirmativa se le asigna 1 punto (excepto en el ítem i que se le asigna a la negativa) Presenta o no presenta Hipocondrías.

Una puntuación = 8 en el Índice de Whiteley es considerada como consistente con un probable diagnóstico de hipocondriasis y debería alertar al médico para indagar si el paciente cumple criterios DSM-IV para la hipocondriasis.

INDICE WHITELEY

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

Pilowski I. Dimensions of hypocondriasis. Br J Psychiatry 1967; 113: 89-93

INTERPRETACIÓN

A cada respuesta afirmativa se le asigna 1 punto (excepto en el ítem i que se le asigna a la negativa), la puntuación total oscila de 0 a 14. La subescala de preocupación corporal (0 a 3), la de fobia a la enfermedad (0 a 4) y convicción de la presencia de enfermedad (0 a 3).

Una puntuación = 8 en el Índice de Whiteley es considerada como consistente con un probable diagnóstico de hipocondriasis y debería alertar al médico para indagar si el paciente cumple criterios DSM-IV para la hipocondriasis.

El Índice de Whiteley es un test sencillo y de fácil administración, ha demostrado su capacidad para identificar personas con actitudes hipocondríacas, medir la gravedad de las mismas y como se modifican con un tratamiento.

La limitación fundamental es que el cuestionario no contiene ningún ítem que pregunte si el paciente está diagnosticado de alguna enfermedad importante, ya que, por ejemplo, pacientes con un diagnóstico de lupus eritematoso o esclerosis múltiple, podrían puntuar alto en el test no a causa de una actitud hipocondríaca sino de una preocupación lógica por su padecimiento. Lo mismo podría ocurrir con pacientes que presenten un cuadro de dolor severo sin tener un diagnóstico médico u otras situaciones similares. En cualquier caso el Índice de Whiteley debería ser usado siempre junto con una evaluación médica general.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para el Índice en diferentes muestras de pacientes osciló de 0.76 a 0.80. La fiabilidad test-retest fue para pacientes psiquiátricos de 0.81 con un intervalo medio de aplicación de 18.4 semanas y en población general de 0.90 aplicado a las 3.3 semanas.

Validez:

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con otras escalas: la Illnes Attitude Scale ($r =$ de 0.21 a 0.36), con un

cuestionario administrado al conyuge del paciente ($r = 0.59$). El cuestionario mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes psiquiátricos con diagnóstico de hipocondrías y pacientes psiquiátricos sin ese diagnóstico. Otro estudio que comparó pacientes con hipocondrías con pacientes portadores de una enfermedad maligna, los primeros obtuvieron puntuaciones más altas. El índice mostro una adecuada sensibilidad al cambio en varios estudios

3.11 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez completado las encuestas se verifico que estén completas. Las encuestas incompletas o con respuestas incoherentes fueron repetidas.

La información se ingresó en una base de datos creada en Excel con lo que se realizara análisis uní o bivariantes, aplicando parámetros estadísticos apropiados

3.12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos expresados como variables cuantitativas y cualitativas se organizaron en una matriz de tabulación realizada en Excel y analizada en el SPSS 17 para su cálculo epidemiológico y posterior interpretación. Los resultados obtenidos serán presentados mediante tablas y gráficos de barras.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el estudio se incluyeron a los estudiantes de segundo, séptimo y noveno semestre de la carrera de medicina, de la facultad de Ciencias de la Salud de la UTA, durante el periodo marzo-julio 2011, que totalizaron 115 estudiantes.

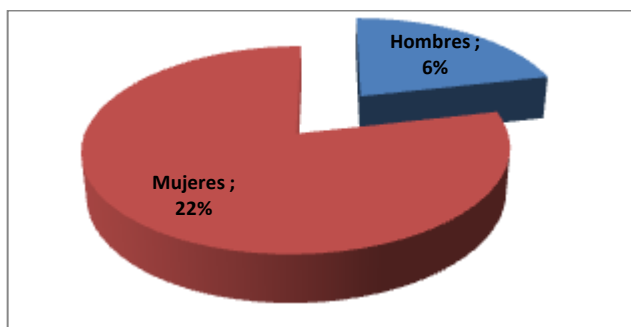
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

4.1.1 SEXO

Del total de encuestados que participaron en el estudio, 76 estudiantes (66 %) pertenecen al sexo femenino de los cuales 22% presentaron preocupaciones hipocondriacas y de los 39 estudiantes (34%) que pertenecen al sexo masculino el 6% presentó una puntuación igual o mayor de 8 en el Índice de Whiteley

Se encuentra predominio femenino, con una relación de 3 mujeres por cada hombre. Ver ilustración 2

Ilustración 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN SEXO EN RELACION CON PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2011.

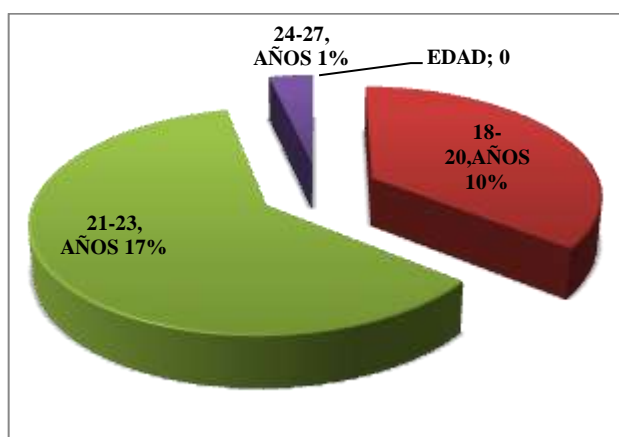
Elaboración: El autor

Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Porque cada vez hay pruebas más sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales; diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos, tal como lo señala M. Arenas, A. Puigcerver (2009).

4.1.2 EDAD

Se encontraron preocupaciones hipocondriacas en estudiantes de 18 a 27 años El grupo de edad con mayor prevalencia fue el que comprendía entre los 21 a los 23 años. (Ilustración 3), que corresponde al nivel intermedio de la formación profesional. Luego de los 21 años existe un cambio drástico de la prevalencia posiblemente asociado a una mayor relación con casos clínicos en la práctica asistencial. Además una media de 21,41 y una DS de 1,98.

Ilustración 2. DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN RELACION CON PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2011.

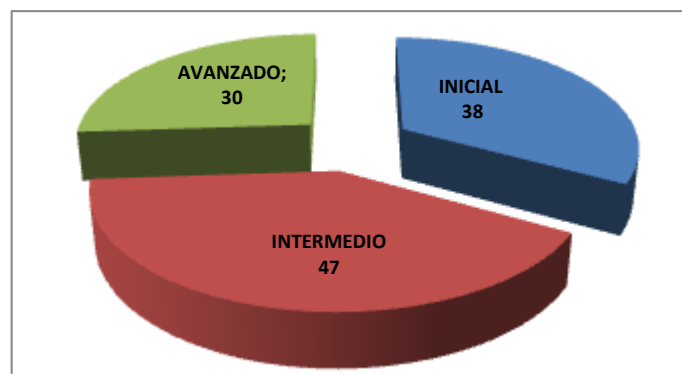
Elaboración: El autor

Es importante destacar que la hipocondría es más frecuente entre los 20 a 22 años en investigaciones realizadas en instituciones del Ministerio de Educación del Ecuador, tal como lo señala Segovia en el 2010.

4.2 NIVEL DE FORMACIÓN

En la casuística se incluyeron estudiantes de niveles de formación iniciales, intermedios y avanzados de la carrera de Medicina de la UTA.

Ilustración 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ACUERDO AL NIVEL DE FORMACIÓN. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

La diferenciación de estos tres estratos fue de utilidad para comprender las variaciones en las preocupaciones de los estudiantes de medicina y poder a la vez valorar las tendencias, aun cuando se requieren estudios adicionales en los que se vaya evaluando los cambios a lo largo de la carrera a fin de realizar intervenciones oportunas en los casos que se considere pertinentes

Un estudio realizado en la Universidad de Auckland (Nueva Zelanda) en el 2001 en estudiantes de Medicina de 3 año en comparación con estudiantes de 3 año de Derecho, reportó que los estudiantes de medicina de tercer año presentaron ansiedad por la enfermedad y preocupaciones hipocondriacas en un porcentaje mayor que los estudiantes de derecho.

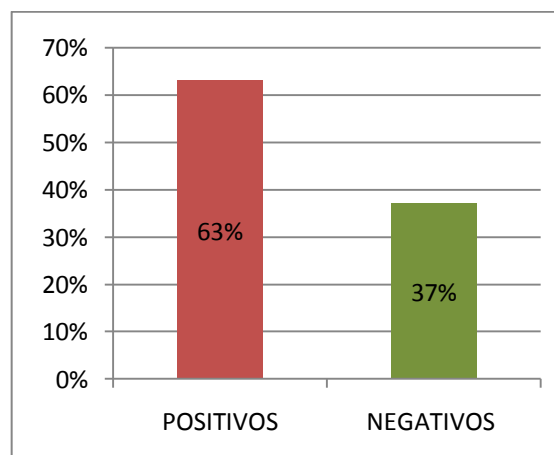
Con respecto a la formación de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Ambato, se pudo evidenciar que de acuerdo a la malla curricular en los niveles intermedios los estudiantes reciben materias como fisiopatología y patología misma, llenándoles de información acerca de las múltiples patologías existentes, siendo este un factor desencadenante para que los estudiantes presenten mayores preocupaciones por su salud, y al no acceder al campo de practica pre-profesional aumentando así los niveles de hipocondría ya que las enfermedades más frecuentes no son la enfermedades más graves.

4.3 IDENTIFICACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS ESTUDIADAS.

En esta investigación se pudo evidenciar que de los 115 estudiantes incluidos, (63%), se preocupan por la posibilidad de tener la patología estudiada, lo cual puede llegar a afectar la salud mental del estudiante y hacerle más vulnerable a padecer hipocondría.

Además se pudo evidencia que existe mayor prevalencia en la identificación del estudiante con la patología sobretodo en el nivel intermedio en un 46%.

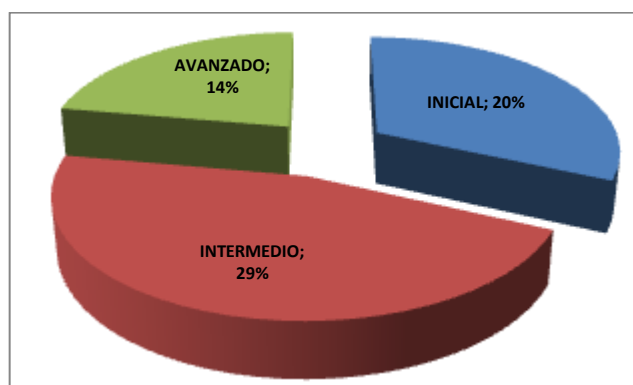
Ilustración 4. IDENTIFICACION CON LAS PATOLOGIAS ESTUDIADAS. CARRERA MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

Ilustración 5. IDENTIFICACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS ESTUDIADAS DE ACUERDO A LOS NIVELES DE FORMACIÓN. CARRERA MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

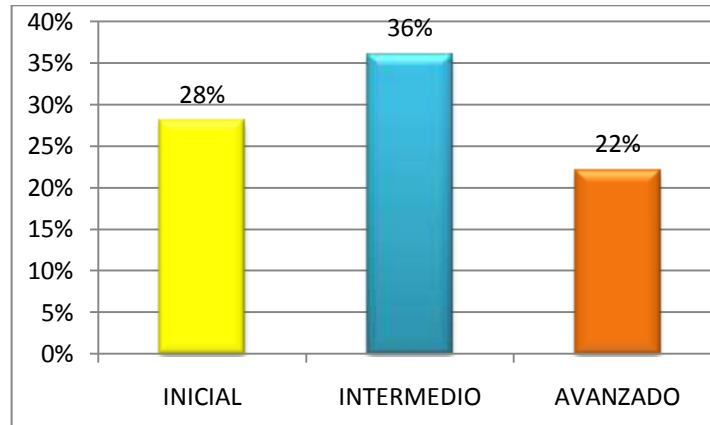
Elaboración: El autor

Según lo reportado en la casuística se pudo determinar que el estudiante incrementa su preocupación por padecer la enfermedad estudiada aumentando el riesgo de padecer preocupaciones hipocondriacas. Esto concuerda con la Teoría del aprendizaje que sostiene que un paciente aprende sobre el rol de la enfermedad y el reforzamiento de la misma a través del contacto social o por alguna necesidad de gratificación. Los pacientes con hipocondría creen que tener buena salud significa no tener ningún síntoma, y consideran la presencia de síntomas como indicativo de enfermedad. El papel de enfermo se convierte entonces en un medio de recepción de cuidado de los demás.

4.4 INCREMENTO DE LAS PREOCUPACIONES POR LA SALUD AL ESTUDIAR MEDICINA

En la casuística se pudo evidenciar que el 85% de los estudiantes incluidos, en existe un incremento de las preocupaciones por su salud el mismo que es originado al estudiar la carrera de Medicina. Coincidiendo con los datos anteriormente señalados en los cuales existe una prevalencia de 36% en los niveles intermedios.

Ilustración 6. INCREMENTO DE LAS PREOCUPACIONES POR LA SALUD AL ESTUDIAR MEDICINA. CARRERA MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

En la Universidad Católica Del Ecuador en la ciudad de Quito, en la investigación realizada acerca de la hipocondría en estudiantes de tercer nivel de las facultades de Medicina, Ingeniería civil y Antropología, se pudo evidenciar que en los estudiantes de medicina se observó menor porcentaje de preocupaciones hipocondriacas en relación a los estudiantes de las otras facultades, excepto Antropología que no manifestó ningún caso.

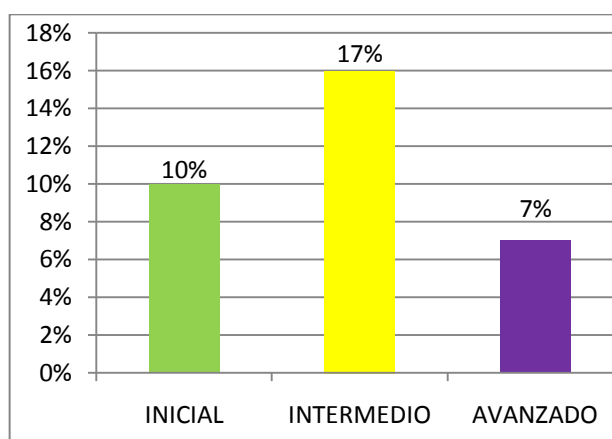
Este hallazgo concuerda con la razón de prevalencia que determinó que la educación médica es un factor protector en el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas.

Estos datos no concuerdan con esta investigación ya que se pudo evidenciar que el estudiante de medicina al llegar a los niveles intermedios incrementa la preocupación por su salud.

4.5 PREOCUPACIÓN POR LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL Y VIDA SOCIAL

La preocupación por la salud y la influencia en el desempeño laboral y vida social, fue positiva en un 34% de la población estudiada, de los cuales en el nivel de formación intermedia se encontró en un 17%.

Ilustración 7. PREOCUPACIONES POR LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL. CARRERA MEDICINA. UTA 2011



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

Parte importante del ser humano es la salud mental ya que, gracias a ella, cada individuo es capaz de interactuar de manera adecuada en su ambiente familiar, emocional, social y físico. El funcionamiento mental favorable es atribuido a diversos aspectos de la vida del individuo, que de manera integral contribuyen al bienestar psicológico. Según Morales (2002)

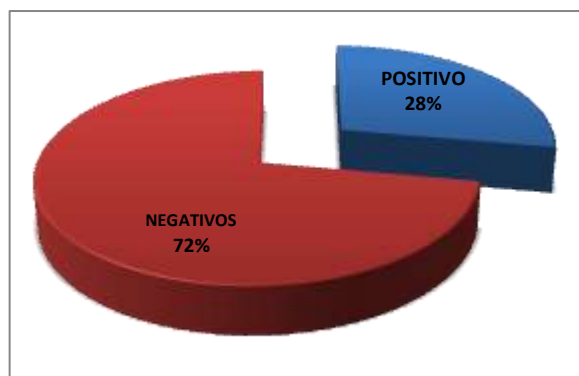
Por consiguiente en la investigación se evidencio que las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes afectan en los ámbitos sociales y laborales de los mismos.

4.6 PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE WHITELEY

El índice de Whiteley es un instrumento específico para calificar las preocupaciones hipocondriacas. De su aplicación en los estudiantes de medicina

se encontró que el 28% de los encuestados tiene una calificación igual o mayor a ocho en la prueba de que representa 32 casos del total de la muestra

Ilustración 8. PUNTUACIÓN DE ÍNDICE DE WHITELEY.

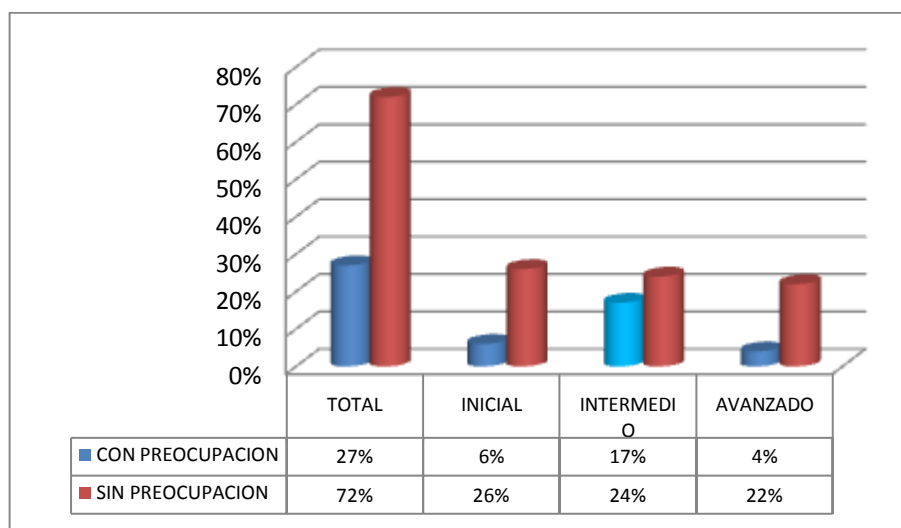


Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

Entre los casos que presentaron preocupaciones hipocondriacas: 32 representan el 28% de los 115 participantes de la carrera de Medicina, de los cuales 6 estudiantes que corresponde al 6% son del nivel inicial, 20 estudiantes que corresponde al 17% son del nivel intermedio, y 5 estudiantes que corresponde al 4% son del nivel avanzado, siendo los de mayor prevalencia el nivel intermedio.

Ilustración 9. PUNTUACIÓN DE ÍNDICE DE WHITELEY DE ACUERDO A LOS NIVELES DE FORMACIÓN



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

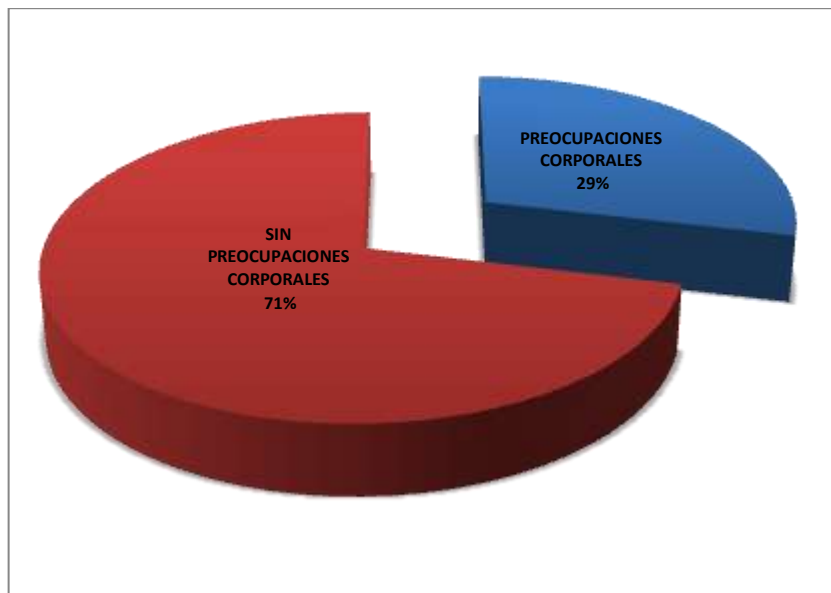
Elaboración: El autor

Varios estudios han decidido analizar este fenómeno, reportando la frecuencia con que los estudiantes de medicina desarrollan este tipo de temores por la salud durante el curso de su carrera. Un estudio previo realizado en 1996 aplicó el índice de Whiteley y el inventario de Ansiedad por la salud, a un grupo de 148 estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oxford y a un grupo de comparación de 110 individuos pertenecientes a otras escuelas de la misma universidad, reportándose diferencias significativas entre los estudiantes de medicina y los controles. Evidenciándose claramente en esta casuística un incremento de las Preocupaciones Hipocondriacas en el nivel intermedio, coincidiendo con los datos anteriormente señalados.

4.7 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY PREOCUPACIÓN CORPORAL

De las sub escalas que valora el Índice de Whiteley se pudo demostrar que de los 115 estudiantes de Medicina el 29% presentó preocupaciones corporales.

Ilustración 10. PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY PREOCUPACIÓN CORPORAL. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011



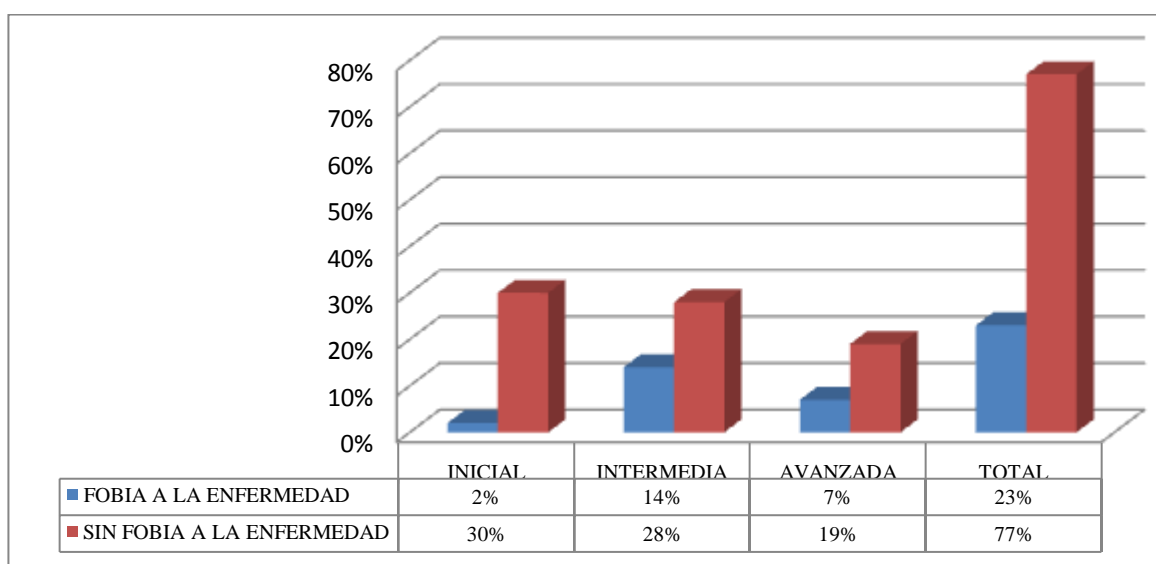
Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

4.8 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY FOBIA A LA ENFERMEDAD

Otras de las subescalas que valora el Índice de Whiteley es fobia a la enfermedad, en relación a ésta, se observó que de los 26 estudiantes de Medicina el 23% demostró tenerla completando una puntuación de 4. En el nivel iniciales 2 estudiantes que corresponde al 2%, en el nivel intermedio 16 estudiante que corresponde al 14%, en el nivel avanzado 8 que corresponde al 7% obteniendo una puntuación positiva.

**Ilustración 11. PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY
FOBIA A LA ENFERMEDAD. CARRERA DE MEDICINA. UTA 2011.**



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2011.

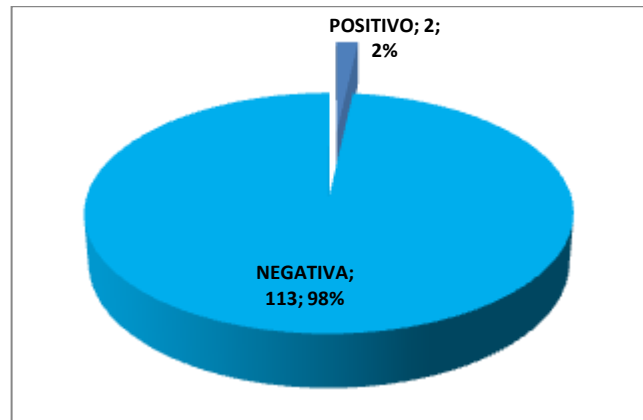
Elaboración: El autor

4.9 PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY CONVICCIÓN POR LA ENFERMEDAD.

Entre otra de las subescalas que valora el Índice de Whiteley es convicción por la enfermedad, se encontró que de los 115 estudiantes de Medicina el 2. % demostró tenerla completando una puntuación de 3.

Con respecto al nivel de formación intermedio se encontró que el 2% del total de estos estudiantes presentó convicción por la enfermedad.

**Ilustración 12. PUNTUACIÓN DE LA SUB ESCALA DEL ÍNDICE DE WHITELEY.
CONVICCIÓN POR LA ENFERMEDAD. CARRERA MEDICINA. UTA 2011**



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

El índice de Whiteley además de evaluar la hipocondría, valora también las subescalas que son preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad, y la convicción de la enfermedad, encontrándose en todos los niveles de formación, aunque es importante destacar que en el nivel intermedio existió convicción a la enfermedad, evidenciándose todo esto con un puntaje superior en el índice de whiteley.

Es importante destacar que en el nivel intermedio es donde existieron casos positivos de la subescala de whiteley convicción de la enfermedad, es una preocupación alarmante ya que es un problema grave de hipocondría.

En un estudio realizado en el 2004 en la Universidad de Londres, concluyó que la preocupación por la salud fue mayor en los estudiantes de medicina en comparación con los estudiantes que no pertenecen a esta facultad. Estos estudios demuestran resultados similares con respecto a la presente investigación en relación a las variables de estudiantes de medicina y preocupaciones hipocondriacas.

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la prueba de Hipótesis se plantea la Hipótesis Nula (H_0), que dice: “Los estudiantes de nivel intermedio presentan iguales preocupaciones hipocondriacas que los demás estudiantes de la carrera de medicina”.

Para ello se compara las Preocupaciones Hipocondriacas y los Niveles de Formación lo que permite establecer la siguiente distribución de los pacientes del estudio:

Preocupaciones Hipocondriacas	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
INTERMEDIO	20	28	48
INICIAL/ AVANZADO	12	55	67
TOTAL	32	83	115

En cuanto a la utilidad del test de se encontró lo siguiente:

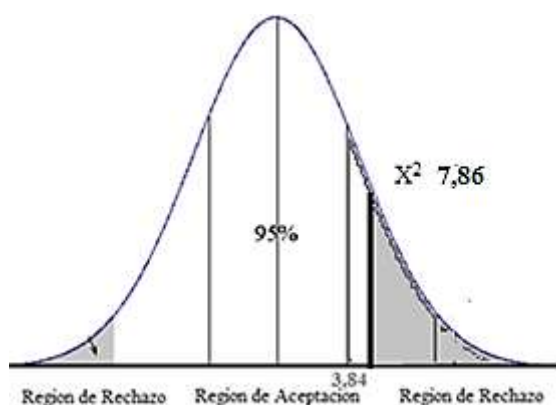
Sensibilidad: 62 % VPP: 41 %

Especificidad: 66 % VPN: 82 %

Prevalencia: 27 %

El valor del Chi-cuadrado fue de 7,86 con p: 0,005058 el mismo que está por encima punto de critico que es 3,84, lo que permite rechazar la Hipótesis nula y aceptar la Hipótesis alternativa, pues se demuestra que en realidad existen diferencias en la prevalencia de preocupaciones hipocondriacas entre los diferentes niveles formativos investigados.

Ilustración 13. CURVA DE LA H₀ DE LAS PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS EN RELACIÓN AL NIVEL DE FORMACIÓN



Fuente: Encuestas en estudiantes de la UTA, entre Marzo, Julio 2 011.

Elaboración: El autor

De acuerdo a los valores de utilidad el índice el índice de Whitley se encuentra detectando en un mayor porcentaje a los casos negativos ya que tiene una especificidad de 66%.

RELACIÓN DE LAS PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS CON EL DESEMPEÑO LABORAL

Preocupaciones Hipocondriacas	DESEMPEÑO POSITIVO	LABORAL NEGATIVO	TOTAL
POSITIVO	18	14	32
NEGATIVO	20	63	83
TOTAL	38	77	115

El valor del Chi-cuadrado fue de 10.79 con p: 0.00101923 el mismo que está por encima punto de critico que es 3,84, lo que permite afirmar que las preocupaciones hipocondriacas afectan el desempeño laboral del estudiante, con una probabilidad de 4 veces más que los estudiantes que no poseen

preocupaciones por su salud, confirmando esto con un OR (Intervalo de referencia) de 4.05.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

1. En la presente investigación en la cual nuestro objetivo es identificar la presencia de preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina se pudo concluir que el estudiar medicina indicó una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas.

2. La prevalencia más alta de preocupaciones hipocondriacas fue encontrada en estudiantes del nivel intermedio de formación, debido a las exigencias en el estudio, al grado de dificultad del contenido académico sobre todo al tipo de materias que reciben los estudiantes en este nivel todo esto reflejado en la complejidad del pensum académico.

3. Los estudiantes de medicina de los últimos niveles, quienes tienen una actividad netamente hospitalaria, también presentaron preocupaciones hipocondriacas en un porcentaje considerablemente más bajo que los niveles iniciales e intermedios, quizás porque en esta etapa ya tienen suficiente experiencia del proceso o han desarrollado estrategias de afrontamiento para no dejarse agobiar por las preocupaciones por su salud.

4. En la verificación de la hipótesis el valor del Chi-cuadrado fue de 7,86 con p: 0,005058 el mismo que está por encima punto de crítico que es 3,84, lo que permite rechazar la Hipótesis nula y aceptar la Hipótesis alternativa, pues se

demuestra que en realidad existen diferencias en la prevalencia de preocupaciones hipocondriacas entre los diferentes niveles formativos investigados.

5. Después de la aplicación del el índice de Whiteley en los estudiantes de medicina en los niveles de formación inicial intermedia y avanzada se encontró que el 28% de los encuestado tienen una calificación igual o mayor a 8.

6. En la puntuación del índice de whiteley de acuerdo a los niveles de formación se encontró que el 6% son de nivel de formación inicial, el 17% corresponde al nivel de formación intermedio y el 4% el nivel formación avanzado siendo el de mayor prevalencia el nivel intermedio.

7. La educación médica fue encontrada como un factor de riesgo, para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas. Estos resultados confirman aún más la opinión generalizada acerca de los estudiantes de medicina y su propensión a tener excesiva preocupación por su salud, esto quizás se deba a que los médicos en formación adquieren conocimiento en relación a las enfermedades y su clínica y desarrollan creencias acerca de sintomatología inexistente.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Debería existir asesoría de los servicios de salud mental para apoyar psicológicamente el proceso de introducción a la vida universitaria, ya que todo cambio puede traer una alteración en el comportamiento.
2. Examinar si la carga horaria es adecuada tanto a nivel presencial como en actividades académicas extracurriculares de la carrera de medicina.
3. Sería adecuado realizar otras investigaciones con muestras que presenten diferentes realidades, es decir, en otras universidades, modalidades de estudio, ya que la influencia de estos factores podrían mostrar otros resultados.
4. Se debería utilizar otro tipo de instrumentos de valoración como escalas, o entrevistas psicológicas, que puedan corroborar los resultados obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO VI

6.1 DATOS INFORMATIVOS DE LA PROPUESTA

6.1.1 Tema:

“APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”

6.1.2 Datos informativos:

INSTITUCIÓN: Universidad Técnica de Ambato.

POBLACIÓN: Estudiantes de la Carrera de Medicina de la UTA.

TIEMPO: 6 meses.

BENEFICIARIOS:

DIRECTOS: Estudiantes de la Carrera de Medicina de la UTA.

INDIRECTOS: Familiares, Profesores.

6.2 ANTECEDENTES:

El impacto global que tiene la hipocondría ha llevado a que diferentes países consideren examinar detenidamente sus programas de salud mental para controlar los problemas como la preocupación, el temor, ansiedad, el deterioro laboral y social, esto ha motivado, la elaboración del índice de Whiteley, siendo una herramienta de fácil aplicación, comprensible de bajo costo y efectiva para el diagnóstico de pacientes con hipocondría. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal que determinó la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de las Preocupaciones hipocondriacas. Se incluyeron 115 estudiantes, de segundo, séptimo y noveno semestre. La edad de los pacientes estudiados varió entre 18 y 27 años, con una media de 21,41 y una DS de 1,98 de los cuales fueron 76 mujeres y 39 hombres. La prevalencia total de preocupaciones hipocondriacas fue del 27%, una sensibilidad de 62%, especificidad de 66 %, VPP: 41%, VPN: 82%.

Se concluye que el estudiar medicina indicó una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas además la prevalencia más alta de preocupaciones hipocondriacas fue encontrada en estudiantes del nivel intermedio de formación, debido a las exigencias en el estudio, y al grado de dificultad del contenido académico mientras que los estudiantes de medicina de los últimos niveles, quienes tienen una actividad netamente hospitalaria, también presentaron preocupaciones hipocondriacas en un porcentaje considerablemente más bajo porque en esta etapa ya tienen suficiente experiencia del proceso o han desarrollado estrategias de afrontamiento para no dejarse agobiar por las preocupaciones por su salud. El índice de Whiteley en los estudiantes de medicina en los niveles de formación estudiados fue positivo en el 28% de los encuestado teniendo una calificación igual o mayor a 8.

6.3 OBJETIVOS

6.3.1 Objetivo general:

Aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la prevención y disminución de las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina.

6.3.2 Objetivos específicos:

- Lograr un alivio sintomático
- Reducir síntomas de la hipocondría como es la ansiedad, depresión dolores físicos, bajar tensiones y mejorar funciones psíquicas

6.4 JUSTIFICACIÓN

La aplicación de la propuesta es factible ya que los estudiantes de la Carrera de Medicina de la UTA en sus diferentes niveles de formación presentan preocupaciones hipocondriacas lo cual se encuentra afectando la calidad de vida del alumno, se cuenta con el espacio físico para la aplicación del modelo, con la predisposición de los estudiantes y el total apoyo de las autoridades de la Universidad Técnica De Ambato.

El modelo a aplicar es la Terapia Cognitiva Conductual, es una de las tácticas de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce las preocupaciones hipocondriacas ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento para mejorar su desempeño laboral, social y la calidad de vida del estudiante.

La Terapia Cognitiva Conductual engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las personas con hipocondría

, centradas en modificar creencias irracionales y emociones inadecuadas, pretendiendo que con el uso de esta terapia poder intervenir un nivel primario de atención, prevenir la presencia de sintomatologías que pongan en riesgo la salud del paciente así como disminuir el impacto que tiene la hipocondría en la calidad de vida del paciente con el uso de las técnicas de afrontamiento entre otras.

La técnica es aplicable por la sintomatología psicológica que presenta las personas con hipocondría beneficiando al estudiante de manera indirecta a su familia, debido a que esta técnica puede ser aplicable en distintas sesiones.

6.5 FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA.

Esta propuesta se basa en la combinación de fundamentos teóricos y técnicos de los modelos psicoterapéuticos de la corriente cognitivo conductual.

INTRODUCCIÓN PSICOTÉCNICA

Modelo Cognitivo conductual:

Fases de la terapia

La intervención en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres fases:

1. Evaluación. En primer lugar, se realiza una evaluación completa del caso, mediante entrevistas y los cuestionarios que se consideren necesarios. Finalizada esta evaluación, el terapeuta plantea hipótesis explicativas de los problemas de la persona, y juntamente con ella, se definen los objetivos del tratamiento. Esta fase dura 2 o 3 sesiones.

2. Intervención. Consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados. Se trabaja con el intercambio verbal y, tan o más importante, con la realización de una serie de propuestas o “deberes” (cosas para escribir, hacer, pensar, imaginar, leer o experimentar) y que se realizan entre sesión y sesión de terapia. Estos deberes serán siempre consensuados con el cliente y con el ritmo que pueda asumir.

La duración de esta fase de intervención puede ir de los 2-3 meses a más de un año, en función de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas y problemas del cliente. En un primer momento la frecuencia de las sesiones será semanal, y a medida que la persona vaya mejorando, se irán espaciando.

3. Seguimiento. Una vez alcanzados los objetivos, se harán sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes que sean necesarios.

TÉCNICAS COGNITIVAS:

DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en

las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

RETRIBUCIÓN: el paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

DESCENTRAMIENTO: el paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

DESCATASTROFIZACIÓN: el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

USO DE IMÁGENES: el terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

MODELO COGNITIVO DE LA HIPOCONDRIA

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es en sí un tema problemático de la hipocondría. Los códigos diagnósticos de DSM-IV-TR y ICD-10 tienen algunos criterios que excluyen muchos pacientes con problemas graves que posiblemente podrían beneficiarse

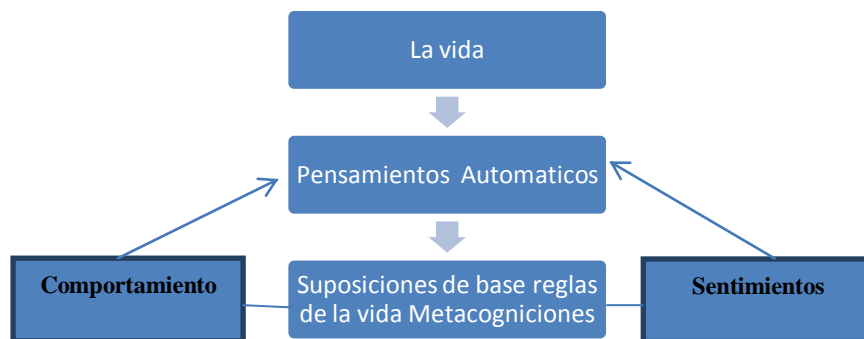
mucho del tratamiento de su ansiedad por la salud. Por eso varios grupos han investigado otros posibles métodos y criterios de diagnóstico menos estrictos.

En todo caso el criterio fundamental en una preocupación persistente de tener una o varias enfermedades serias. El paciente tiene síntomas somáticos y la preocupación persiste a pesar de evaluaciones médicas apropiadas y promesas tranquilizadoras.

Es importante reconocer que la hipocondría puede ser secundaria a trastornos de ansiedad, depresión, y trastornos psicóticos. Pero también puede darse en paralelo a éstos. Definir la relación temporal entre los síntomas de hipocondría y otros trastornos mentales es de importancia terapéutica ya que hipocondría secundaria se debe tratar tratando el trastorno primario

Para valorar el nivel de hipocondría también se puede utilizar el "Whiteley Index" o la "Illness Attitude Scales".

Modelo cognitivo



La figura 1 demuestra el modelo cognitivo de ansiedad, el cual también se puede aplicar para la hipocondría. Es un modelo circular donde pensamientos dan lugar a sentimientos que dan lugar a comportamientos que a su vez refuerzan los pensamientos. Los pensamientos automáticos son muy cortos y muchas veces muy cargados emocionalmente. Ejemplos pueden ser; "no puedo más", "me voy a morir", "me va a dar un ataque de corazón". Estos pensamientos automáticos pueden venir en situaciones dadas por la vida, por ejemplo el sentir un síntoma somático, o escuchar de alguien que está enfermo, y están influenciados por "suposiciones de base", "reglas de la vida" y "meta cogniciones".

Las suposiciones de base y las reglas de la vida pueden ser, por ejemplo; "soy muy vulnerable a enfermedades"; "los médicos suelen equivocarse"; "un síntoma físico suele ser signo de una enfermedad grave"; "no aguanto la incertidumbre cuando se trata de mi salud"; "si los resultados de las pruebas tardan mucho tiempo es porque hay algo grave".

Las Meta cogniciones son "pensamientos sobre pensamientos", es decir actitudes sobre diversos fenómenos, por ejemplo de la muerte, la incertidumbre, y la ansiedad. Esta última es típica para hipocondríacos. Todos podemos tener ansiedad de vez en cuando y si uno piensa que esto es algo normal normalmente desaparece. En la hipocondría es típico pensar sobre la ansiedad de forma muy negativa y pesimista, por ejemplo "no puedo más de ansiedad, me voy a volver loco". Esto en sí, aumenta la ansiedad.

En lo siguiente vamos a ver los diferentes tipos de tratamiento para la hipocondría primaria que se han investigado los últimos años, recuerde que para la hipocondría secundaria se trata el trastorno mental primario.

Psicológicos Desde los 1980 varios estudios han señalado que distintos tratamientos de psicoterapia pueden tener un efecto positivo en la hipocondría. Los ensayos más importantes han sido con terapia "cognitivo-conductual". Esta terapia ayuda a los pacientes a corregir las atribuciones falsas que dan a sus síntomas, reorganizar las expectativas y las creencias sobre salud e enfermedad, corregir malentendidos del cuidado médico, modificar la conducta de enfermedad desadaptada, y aprender técnicas de distracción y atención selectiva.

Pero también hay otros tratamientos prometedores, entre ellos los grupos psicoeducativos, utilizado en un ensayo abierto en Holanda, en el que los pacientes participaban en grupos pequeños en 6 sesiones de 2 horas. Los 21 que completaron las sesiones mejoraron significativamente en parámetros de hipocondría y depresión, y esto se mantuvo en controles a 4 semanas y 6 meses 10. Resultados similares se han conseguido con terapia de explicación individual.

Lo primero que insistir es en que todos los pacientes merecen que se tomen sus problemas en serio; lo peor que puede pasar es que el médico diagnostique un

paciente como hipocondríaco, no descubriendo una enfermedad grave, posiblemente curable, que incluso pueda causar la muerte del paciente. Pero tampoco es deseable no diagnosticar una enfermedad psiquiátrica grave como la hipocondría. Si se sospecha hipocondría, por ejemplo al ver que el paciente no se tranquiliza después de descartar una enfermedad fisiológica, se puede hacer una evaluación mediante un cuestionario como el "Whiteley Index".

Comunicar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. El primer paso es el comunicar al paciente el diagnóstico. Este puede ser una situación muy incómoda ya que hipocondría e hipocondríaco son palabras con un contenido bastante negativo en nuestra sociedad. El paciente tiene en principio otras expectativas que el médico; quiere saber qué enfermedad tiene (o confirmar la sospecha que tiene), y muchas veces tiene la necesidad de confirmar que sus síntomas son reales. Cuando el médico propone un diagnóstico psiquiátrico puede por lo tanto producir el rechazo inmediato de cualquier tratamiento e incluso un cambio de médico. Es por eso muy importante pensar bien cómo empezar de hablar con el paciente.

Por su puesto no existe ninguna fórmula única y este proceso va a ser diferente para cada paciente, pero los momentos importantes son 15:

- Aceptar todos los síntomas que tiene el paciente (Aunque no necesariamente las deducciones que hace a partir de ellos)
- Mostrar al paciente que se entiende su problema, y que es un problema real
- Siempre tratar al paciente con empatía y respeto. Aparte se puede informar al paciente de los tratamientos existentes, incluida la posibilidad de acudir al psicólogo.

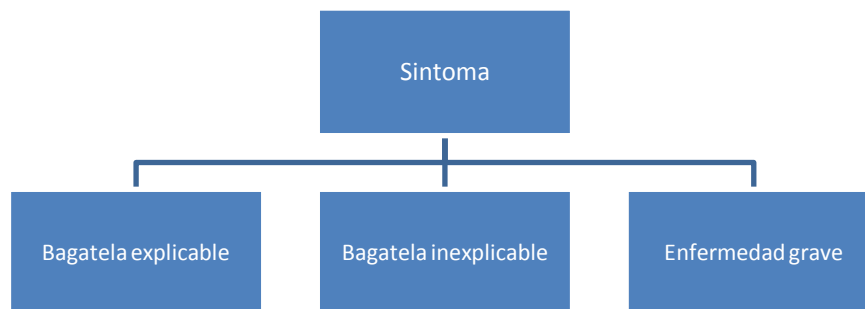
En el inicio del tratamiento se puede explicar al paciente el modelo cognitivo de la hipocondría, intentando poner ejemplos de la vida del paciente, por ejemplo partiendo de un síntoma que el paciente ha tenido últimamente. Dibujar la figura 1 puede facilitar el entendimiento. Se debe dar especial atención a las reglas de la vida, meta cogniciones y suposiciones de base, encontrar estos muchas veces es lo más importante en la terapia cognitiva.

El hecho de que el paciente tiene síntomas corporales se puede ver como algo positivo, como una elevada sensibilidad a su cuerpo interior. Es importante que el paciente entienda que su verdadero problema no son los síntomas que siente sino los problemas que ellos causan en su vida; la ansiedad, la depresión etc. Se debe explicar que el motivo principal del tratamiento es disminuir los efectos negativos que los síntomas tienen en su vida, no quitar los síntomas en sí.

Después se puede centrarse en la interpretación de los síntomas, y en relación con esto hay dos aspectos que se deben discutir en especial:

- Un síntoma no siempre se puede explicar. En muchos casos el hipocondríaco tiene sólo dos alternativas para explicar un síntoma; que es debido a una bagatela explicable (Ej. le duele el pecho porque se ha dado un golpe), o que es debido a una enfermedad grave (ej. le duele el pecho porque tiene un ataque de corazón). Quieren tener una explicación para sus síntomas, y no aceptan que a veces simplemente le duele el pecho sin que tengan una explicación para ello.

Para explicar que para un síntoma puede haber muchas razones, algunos no explicables y no por eso más grave, puede ser útil la siguiente figura.



Síntoma inespecífico y enfermedad específica. Otro concepto que también suele causar problemas para el paciente es la relación entre síntomas y enfermedades. Hay que explicar que si un síntoma es típico de una enfermedad no quiere decir que la mayoría de la gente con este síntoma tenga esa enfermedad. Un ejemplo clásico es el dolor de pecho. El hipocondríaco tiende, por ejemplo, a pensar que si le duele el pecho es porque está enfermo del corazón. El médico puede explicar al

paciente que hay muchas enfermedades que dan dolor de pecho, por ejemplo: reflujo esofágico, costochondritis, rotura de costilla, dolor muscular, neumonía, ansiedad etc. Poniendo porcentajes de incidencia a estos síntomas, enseñando el paciente que la mayoría de la gente con dolor de pecho no tiene un ataque de corazón le puede ayudar aún más. La figura ilustra este concepto.

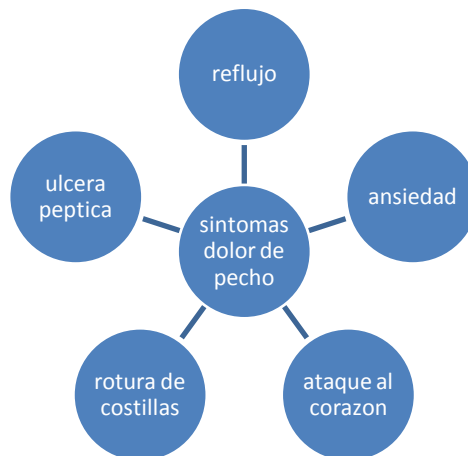


Figura 80% de los pacientes con ataque de corazón tiene dolor de pecho, pero menos de 20% de los que tienen dolor de pecho tienen un ataque de corazón.

Estos dos puntos ilustran uno de los problemas principales de la hipocondría que es un miedo a la incertidumbre. Muchos hipocondríacos tienen la necesidad de saber de inmediato cual puede ser la causa de un síntoma, y una respuesta sincera del médico, que incluye todo desde la bagatela explicable hasta la enfermedad grave, les puede causar gran ansiedad con tendencia a pensamientos catastróficos. Sería deseable que el paciente formara esa pregunta de otra forma, como; "¿Cuál es la causa más probable del síntoma?". También tiene que aprender de vivir con la respuesta, creyendo que la causa es la más probable mientras que no se comprueba otra causa.

Es importante recordar que la mejora del paciente no se mide en función de la disminución de síntomas sino de las contribuciones negativas que da a ellos y del grado de disfunción que causan.

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Jacobson, encontró que la forma en que un sujeto podría encontrarse en un estado de relajación profunda, era mediante la tensión y relajación de los músculos, el efecto relajante en el que se basa la técnica de Jacobson, es una de las técnicas más eficaces, y sencillas, que interviene en el control de diversas patologías como: estrés, ansiedad, y coadyuvantes para la depresión.

Por su parte Joseph Cautela da una serie de ejercicios para ir relajando cada grupo muscular tensionando y relajando cada parte del cuerpo hasta aprender a discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados, relajar todos los músculos sin tensarlos y dominar los ejercicios de relajación así como aprender la técnica para relajarse antes durante y posterior a una situación o evento estresante.

Cuando una persona esta angustiada, tensa o ansiosa tiende a tensar grupos musculares de su cuerpo, si aprendiera a identificar y relajar estos músculos podría manejar positivamente las situaciones de estrés y ansiedad. La técnica de relajación de Joseph Cautela da a las personas una técnica de autocontrol personal a los diversos individuos con dicha técnica pueden manejar la tensión antes durante y después de un evento estresante.

Joseph R. Cautela y June Groden (1988) en su libro describen el método de relajación progresiva de Jacobson para el manejo de ansiedad, en el cual se especifica la posición de cada grupo muscular que se debe tensar por 10 segundos y relajarlo al exhalar de tal manera que la persona aprenda a discriminar lo que es estar relajada y tensa.

Relajación sin tensión. Esta técnica también es útil sin necesidad de tensar grupos musculares puede por lo tanto enseñar a las personas a relajarse recorriendo todo el cuerpo y relajándolo tanto como se pueda, quizás se pueda hacer tensión en partes del cuerpo que presenten dificultad al relajarlas, después de que el cuerpo se encuentre relajado es aconsejable realizar 5 ejercicios de respiración y mientras se saca el aire pronunciar la palabra “relajación”.

AFRONTAMIENTO

Palacios (1998) afirma que el afrontamiento ha sido descrito como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación. Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación, desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

A continuación se describen algunas de las estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Frías, 2005):

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DESCRIPCIÓN

Confrontación: Acciones directas dirigidas a la situación.

Distanciamiento Olvidar: Comportarse como si nada hubiese ocurrido.

Autocontrol: Guardar los problemas para sí mismo, manejar emociones.

Búsqueda de apoyo social: Pedir consejo, exponer el problema a un amigo, platicar.

Aceptación de la responsabilidad: Disculparse, criticarse a sí mismo, aceptar la responsabilidad.

Huída evitación: Beber, fumar.

Planificación de solución del problema: Establecer un plan de acción y seguirlo.

Reevaluación positiva: Utilización de frases como “la experiencia enseña”, “hay gente buena”, etc.

Hacerse ilusiones: Soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está ocurriendo.

Auto culpa: Criticarse a sí mismo.

Reducción de la tensión: Tratar de sentirse mejor.

6.6 MODELO OPERATIVO

Tabla 2. MODELO OPERATIVO DE LA PROPUESTA.

OBJETIVO	META	TÉCNICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	
Aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la prevención y disminución de las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina.	Aplicación del índice de Whiteley	Psicoevaluación	Evaluación de las preocupaciones hipocondriacas en los estudiantes de medicina	Del 22 de octubre al 24 de octubre	
	Comunicación del diagnóstico	Generar información	Asesoramiento acerca de la psicopatología del paciente	Del 26 de octubre al 30 de octubre	
	Establecimiento y fortalecimiento de la relación terapéutica.	Reflejo de sentimientos	Recolección de información, estudio amnésico.	Del 27 de octubre al 14 noviembre.	
	Aplicar las técnicas cognitivas conductuales para la hipocondría	Detección de pensamientos automáticos	Detectar las escalas de ansiedad de P.A	Identificar pensamientos automáticos	Del 15 noviembre al 30 de Noviembre
Aplicar las técnicas cognitivas conductuales para la hipocondría	Descatastrofización	Evitar que el paciente anticipe eventos temidos sin base real	Del 1 al 5 de Diciembre.		
Lograr alivio sintomático	Mayor control de pensamientos de la mente y cuerpo	Relajación con visualización	Eliminar la ansiedad del paciente	Del 10 al 15 de Diciembre.	

	Relajar grupos musculares.	Relajación Progresiva de Jacobson	Aplicación de la técnica	Del 21 al 27 de Diciembre.
Reducir síntomas de la hipocondría y mejorar funciones psíquicas	Restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio	Afrontamiento	Enseñanza al paciente para el manejo de demanda individuo ambiente	Del 2 al 15 de Enero
	Fortalecimientos.	Psicoterapia de Apoyo	Mantenimiento y fortalecimiento del Equilibrio Bio, Psico, Social del paciente	Del 16 al 21 de Enero.

TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Fase N° 1 Inducida por el terapeuta 1ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

Fase N° 2 Reforzamiento por el terapeuta 2da. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

Fase N° 3 Auto Inducida por el paciente 3ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud.

6.7.2 Recursos Humanos

- Investigador: Diego Javier Mayorga Ortiz
- Tutora: Dra. Verónica Llerena

6.7.3 Materiales

- Materiales de oficina.
- Equipos.
- Transporte.
- Servicios varios.

6.7.4 Económicos.

MATERIAL	PRECIO
Materiales de Oficina y adquisición de equipos, colchonetas, pizarras.	\$ 500
Material de Escritorio.	\$100
Transporte	\$ 100
Imprevistos	\$50
TOTAL	\$750

Diseño: Autor.

Nota: El proyecto será auto financiado por el investigador, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura y en la viabilidad para la recolección de información de la muestra seleccionada.

BIBLIOGRAFÍA

1. James L. Levenson, D. F. (2007). *Psychiatric Clinics of North America*. Estados Unidos: Elsevier SAUNDERS.
2. Tinsley R. Harrison (2006) HARRISON Principios de Medicina Interna. Edición: McGraw- Hill Interamericana. Pg: 2817.
3. Oliver Howes, M. L. (November, 1999). Hypochondriasis: An overview with reference to medical students. *Student BMJ* , 394-436.
4. Woods SM, Natterson J, Silverman J. Medical students' disease: hypochondriasis in medical education. *J Med Education* 1966; 41(8):785-90.
5. Hunter RCA, Lohrenz JG, Schwartzman AE. Nosophobia and hypochondriasis in medical students. *J NervMentDis* 1964;130:147-52.
6. Petrie, R. M.-M. (2001). Redefining medical student`s disease to reduce morbidity. *Medical Education* , 724-728.
7. Areval, M. TomateoD., Kruger H., Chirinos R., (2009) “Enfoques de Neuropsiquiatria 2009” (Perú). Vol I, Pag: 3-5, [Sitio en internet]. Disponible en: <http://psiquiatriaymas.blogspot.com>.
8. Chrzanowski, Gerad, (1967) "Neurasthenia and Hipochondriasis". Comprehensive Textbook of Psychiatry Edited by Alfred M. Fried y Wilkuis Company
9. Barsky 2004. A cognitive-behavioral treatment for hypochondriasis. *WorldPsychiatricAssociation, International Congress 2006*.
10. Thomson AB, P. (2008). Psicoterapias para la hipocondriasis. *COCHRANE* .
11. A. Talaei. (2009). Hypochondriasis in Medical sciences students of Mashhad, Iran. Elsevier.
12. Simon 2001 Simon G, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry* 2001;23:51-5.
13. Nisebe, M. (2004). Hipocondría: uno de cada diez pacientes “Son enfermos imaginarios”. Dirección de Obra social para el Personal

- Universitario (DOSPU). (Sitio disponible en Internet). Disponible en: http://www.unsl.edu.ar/~dospu/archivos/hipocondriacos_1.htm
14. Kaplan, H. I. (January 15, 2000.). *Kaplan y Sadock's Comprehensive Textbook of Psiquiatry*. New York: Lippincott Williams / Wilkins, Sèptima Ediciòn.
 15. Rodrìguez, R. F. (2001). Factores asociados a preocupaciòn hipocondriaca en pacientes de un Centro de Salud de Atenciòn Primaria. *Psicothema* , 659-670. (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/494.com>.
 16. Holder V., Darren E., Thomas N. and Wise M. (2000) Hypochondriacal Concerns: Management Through Understanding. 2(4): 117–121. Prim Care Companion J Clin Psychiatry (Sitio en Internet). Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/com>.
 17. Martínez C., Belloch P., Botella A., Arbona, C. (1997). La evaluación psicológica de las preocupaciones hipocondríacas. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, vol.2, n.2. (Sitio en Internet). Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php.com>.
 18. Fernández R., Fernández C., (1998). Actitudes Hipocondriacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*. Vol. 10, nº 2, pp. 259-270 (Sitio en Internet). Disponible en línea: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72710203.com>
 19. Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*; 49(4): 255-266.
 20. Pedersen, S.; Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*; 10(4): 241-248.
 21. Rodríguez A., Blanco A. y Sorensen M. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*. vol . 16, nº 2, 157-166. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.um.es/analesps/com>

22. Wikipedia la enciclopedia libre (Modificada 20 Octubre del 2010). Enfermedad. [Sitio en internet]. Disponible en: [Sitio en internet]. <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad>.
23. Hunter, J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behaviour. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177–182.
24. Wearden A., Perryman K., Ward V.(2006), Adult Attachment, Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students. University of Manchester, UK *Journal of HealthPsychology*. Vol 11 877–886.
25. Berrocal C., Ruiz F., Cano J. (2007). Anxiety Sensitivity and Panic Symptomatology: The Mediator Role of Hypochondriacal Concerns. *TheSpanishJournal of Psychology* Vol. 10, No. 1, 159-166.
26. FROST D. (1985), Recognition of hypochondriasis in a clinic for sexually transmitted disease. *GenitourinMedJournal* Vol.61: 133-7.
27. Wikipedia la enciclopedia libre. Medical_students'_disease. [Modificada 29 agosto 2010]. [Sitio en internet]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_students'_disease.
28. Howes, Oliver D. and Paul M. Salkovskis (1998) Health anxiety in medical students. *TheLancet* v351.n9112: pp1332.
29. G. Singh, M. Hankins & J. Weinman(2004). Does medical school cause health anxiety and worry in medical students?.*MEDICALEUCATION* Vol. 38: pp 479–481.
30. Zegarra M., Guzmán E.,(2007). Trastorno de Somatización, Trastorno por somatización y Somatización *Rev Paceaña MedFam* 2007; Vol 4: 144-148.
31. Warwick, H. M. C. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. Pg.845
32. Isabel Vásquez Hidalgo (2005). Tipos de Estudio. Sitio en Internet. Disponible en: www.gestiopolis.com/canales5/eco/tiposestu.htm
33. Fernandez, Pita. Tipos de estudio Clínicos Epidemiológicos, Actualizada en el 28/02/2001 (Sitio en Internet). Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp.

34. Martínez P., Beloch A., Botella C., La Evaluación Psicológica de las preocupaciones hipocondriacas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 1997. Universidad de Valencia. Vol II, N 2, pp: 137-153.
35. Pilowsky I., Dimensions of Hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry* (1967) Vol 113: pp: 89-93.

ANEXOS

ANEXO I. ÍNDICE DE WHITELEY

ÍNDICE WHITELEY

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

Pilowski I. Dimensions of hypochondriasis. Br J Psychiatry 1967; 113: 89-93

Índice de Whiteley de Hipochondriasis ocupación corporal
Fobia a la enfermedad Convicción de la presencia de la enfermedad

ANEXO II. CUESTIONARIO DE DATOS

1. **Sexo:**
2. **Edad:**
3. **A que facultad pertenece? Y a que nivel?**

Facultad:

Nivel:

4. **Usted al momento padece de una enfermedad que requiera tratamiento o controles médicos periódicos?**

SI - NO

5. **En los últimos 3 meses cuantas veces a visitado un doctor?**

6. **Cuándo empezó a preocuparse por su salud del modo en que lo hace ahora?**

- Hace Años.
- Hace Meses
- Hace días

7. **La preocupación por su salud influye en su desempeño laboral y en su vida social?**

SI - NO