



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“IDEAS HIPOCONDRIACAS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES, INTERNOS ROTATIVOS Y PASANTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO - JULIO DEL AÑO 2013.”

Requisito previo para optar por el título de Psicólogo Clínico.

Autor: Silva Quintana, Rafael Alejandro.

Tutora: Dra.: Llerena Poveda, Verónica del Carmen.

Ambato- Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“IDEAS HIPOCONDRIACAS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES, INTERNOS ROTATIVOS Y PASANTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO - JULIO DEL AÑO 2013.” de Rafael Alejandro Silva Quintana, 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, Octubre del 2014

LA TUTORA

.....
Dra.: Llerena Poveda, Verónica del Carmen.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“IDEAS HIPOCONDRIACAS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES, INTERNOS ROTATIVOS Y PASANTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JULIO DEL AÑO 2013.”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Octubre del 2014

EL AUTOR

.....
Silva Quintana, Rafael Alejandro

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga con esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

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, Octubre del 2014

EL AUTOR

.....
Silva Quintana, Rafael Alejandro

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“IDEAS HIPOCONDRIACAS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES, INTERNOS ROTATIVOS Y PASANTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO - JULIO DEL AÑO 2013.”**, de Rafael Alejandro Silva Quintana, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Marzo del 2015

.....

PRESIDENTE/A

.....

1^{er} VOCAL

.....

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi abuelita mi “Mamita” porque es mi segunda mamá, quien me ayudó a realizar mis primeras tareas escolares, quien ha estado a mi lado incondicionalmente, quien esta pendiente de mí hasta en los detalles más pequeños, jamás podré pagarle todo lo que ha hecho por mí, si hoy llegué a este punto es gracias a su mano amiga que estuvo siempre junto a mí, a mis Padres por su inconmensurable amor y apoyo, resaltando mi madre por sus palabras con infinito afecto, sus sabios consejos y sus oportunos abrazos, a mi querida familia que son mi motor, mi apoyo y mi promesa de que con esfuerzo se puede lograr todo, simplemente Gracias. Con infinito afecto.

Rafa.

AGRADECIMIENTO

“Dicen que soy héroe, yo débil, tímido, casi insignificante, si siendo como soy hice lo que hice, imagínense lo que pueden lograr Uds. juntos” Mahatma Gandhi.

Debo iniciar este agradecimiento con una de las frases que ha construido en mí una filosofía de vida, puesto que he comprendido que si se trabaja en equipo todo resulta más fácil.

Le agradezco a Dios por dejarme respirar, vivir y luchar cada día, porque me dio las fuerzas para superar una terrible enfermedad y continuar aquí, llegando a estos momentos en los que puedo realizarme como profesional, de igual forma debo agradecer a mi familia, por estar junto a mí en cada momento en cada decisión, en cada error y en cada acierto, todos mis logros han sido gracias a ellos, gracias por estar y compartir junto a mí.

Un gracias infinito a mi querida Tutora Dra. Verónica Llerena, por su paciencia y sabia guía en este proceso investigativo, y también un gracias fraterno a mi amiga, confidente y mentora Doc. Verito, pues a pesar de ser la misma persona ha calado en mi vida de distintas formas, y me ayudado a ser quien soy.

Finalmente debo agradecer desde al Hospital Provincial Docente Ambato por permitirme realizar el proceso investigativo de manera especial al Dr. Galo Vinuesa Director Médico del H.P.D.A.

Rafael Alejandro Silva Quintana

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág
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
Resumen	xxii
Summary.....	xxiii
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

El Problema de Investigación

1.1.Tema de Investigación.....	3
1.2.Planteamiento del Problema.....	3
12.1. Contextualización.....	3
Macro.....	3
Meso.....	6
Micro.....	8

Árbol de problemas.....	10
1.2.2. Análisis crítico.....	11
1.2.3. Prognosis.....	12
1.2.4. Formulación del problema.....	14
1.2.5. Preguntas directrices.....	14
1.2.6. Delimitación del problema.....	14
1.2.6.1. Delimitación del contenido.....	14
1.2.6.2. Delimitación espacial.....	15
1.2.6.3. Delimitación temporal.....	15
1.2.7. Unidades de Observación	15
1.3. Justificación.....	15
1.4. Objetivos.....	17
1.4.1. Objetivo General.....	17
1.4.2. Objetivos Específicos.....	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Fundamentación Filosófica.....	22
2.3. Fundamentación Axiológica.....	24
2.4. Fundamentación Ontológica.....	24

2.5. Fundamentación Heurística.....	25
2.6. Fundamentación Psicológica.....	26
2.7. Fundamentación Legal	28
2.8. Categorías Fundamentales.....	32
 Constelación de Ideas	
Variable independiente.....	33
Variable dependiente.....	34
 Marco Conceptual	
2.8.1. Trastornos Somatomorfos.....	35
2.8.2. Trastornos con Predominio de Síntomas Somáticos.....	37
2.8.2.1. Trastorno de Somatización.....	37
2.8.2.2. Trastorno Somatomorfo Indiferenciado.....	40
2.8.2.3. Trastorno por Dolor.....	42
2.8.2.4. Trastorno de Conversión.....	46
2.8.3. Trastornos con Predominio de Síntomas Cognitivos.....	47
2.8.3.1. Trastorno Dismórfico Corporal.....	47
2.8.3.2. Hipocondría.....	49
2.8.3.2.1. Etiología de la Hipocondría.....	52
2.8.3.3. Hipocondría Secundaria.....	53
2.8.3.4. Preocupaciones Hipocondriaca.....	54

2.8.3.5. Ideas Hipocondríacas.....	55
2.8.3.6. Ideas Sobrevaloradas Hipocondriacas.....	56
2.8.4. Salud Mental.....	57
2.8.4.1. Salud Mental en el Ecuador.....	58
2.8.5. Trastornos De Ansiedad.....	60
2.8.5.1. Ataque de Pánico.....	61
2.8.5.2. Fobia Específica.....	63
2.8.5.3. Fobia Social.....	67
2.8.5.4. Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	70
2.8.5.5. Trastorno por Estrés Postraumático	74
2.8.5.6. Trastorno por Estrés Agudo.....	79
2.8.5.7. Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	82
2.8.6. Niveles De Ansiedad.....	84
2.8.6.1. Ansiedad.....	84
2.8.6.2.1. Ansiedad Leve.....	85
2.8.6.2.2. Ansiedad Moderada.....	85
2.8.6.2.3. Ansiedad Grave	85
2.8.6.2.4. Ansiedad Muy Grave.....	86
2.8.7. Médicos Residentes.....	86
2.8.8. Internos Rotativos de Medicina.....	87

2.8.9. Pasantes de Medicina.....	87
2.9. Hipótesis.....	88
2.10. Señalamiento de Variables de la Hipótesis.....	89
Variable independiente	
Variable dependiente	

CAPÍTULO III

Metodología

3.1. Enfoque de la Modalidad de Investigación	90
3.2. Modalidades De Investigación.....	91
3.2.1. Bibliografía o Documental.....	91
3.3. Tipo de Investigación.....	92
3.4. Población y Muestra.....	94
3.5. Técnicas e Instrumentos.....	94
3.6. Operacionalización De Variables	
V.I.: Ideas Hipocondriacas.....	96
V.D.: Niveles de Ansiedad.....	98
3.7. Plan de Procesamiento de la Información.....	100

CAPÍTULO IV

Análisis e Interpretación de Resultados

4.1. Análisis e interpretación	
Resultados finales de la muestra: Ideas Hipocondriaca	102

Resultados finales de la muestra: Niveles de Ansiedad.....	119
4.2. Verificación de Hipótesis.....	133

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones.....	139
5.2. Recomendaciones.....	141

CAPÍTULO VI

Propuesta

6.1. Datos Informativos	
6.1.1. Tema.....	144
6.1.2. Institución ejecutora.....	144
6.1.3. Beneficiarios.....	144
6.1.4. Ubicación.....	144
6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución.....	145
6.1.6. Equipo técnico responsable.....	145
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	145
6.3. Justificación.....	146
6.4. Objetivos.....	148
6.4.1. Objetivo General.....	148
6.4.2. Objetivos Específicos.....	148
6.5. Estrategias de Intervención.....	149

6.6. Procedimientos y Técnicas de Intervención.....	149
6.7. Fundamentación Teórica.....	149
6.7.1. Introducción.....	149
6.7.2. Principales conceptos teóricos.....	150
6.7.3. Operaciones dentro del Manual de Salud Mental para la prevención de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad.....	160
6.7.3.1. Introducción.....	162
6.7.3.2. Conceptos Básicos.....	162
6.7.3.3. Estrategias de Reconocimiento y Afrontación.....	165
6.7.4. Operaciones dentro de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad...	172
6.7.4.1. Registro de pensamientos disfuncionales.....	172
6.7.4.2. Cuestionario Socrático para la modificación de creencias.....	172
6.7.4.3. Cotinuum cognitivo para la modificación de creencias.....	172
6.7.4.4. Dramatización Racional Emocional.....	173
6.7.4.5. Formulario de Creencias Centrales.....	173
6.7.4.6. Desarrollo de Metáforas.....	173
6.7.4.7. Comprobaciones históricas de la creencia.....	173
6.7.4.8. Resolución de Problemas.....	174
6.7.4.9. Toma de Decisiones.....	174
6.7.4.10. Distracción y refocalización.....	174
6.7.4.11. Tarjetas de apoyo.....	174

6.7.4.12. Descatastrofización.....	174
6.7.4.13. Relajación.....	175
6.8. Metodología.....	176
6.9. Modelo Operativo.....	178
6.9.1. Modelo Operativo del manual de salud mental.....	178
6.9.2. Modelo Operativo de la aplicación de técnicas cognitivo conductual.....	179
Anexo 1. Registro de pensamientos disfuncionales.....	182
Anexo 2. Formulario de creencias centrales.....	183
Anexo 3. Distracción y refocalización.....	184
Anexo 4. Tarjetas de apoyo.....	187
Anexo 5. Relajación.....	188
6.10. Marco Administrativo.....	190
6.10.1. Recursos físicos o institucionales.....	187
6.10.2. Recursos humanos.....	187
6.10.3. Materiales.....	187
6.10.4. Económicos.....	187
6.11. Referencias Bibliográficas	
Bibliografía.....	191
Linkografía.....	192
Citas Bibliográficas.....	195

6.12. Anexos

Anexo 1: Índice Whiteley De Hipocondría (Wih).....	197
Anexo 2: Test Para Ansiedad De Hamilton.....	198
Anexo 3: Fotografías Médicos Residentes, Internos Rotativos De Medicina, Pasantes De Medicina.....	200

ÍNDICES DE CUADROS

Contenido	Pág.
Trastornos con Predominio de Síntomas Somáticos	
Tabla N° 1.- Criterios Diagnósticos de Trastorno de Somatización DSM-IV, CIE-10.....	38
Tabla N° 2.- Criterios Diagnósticos de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado DSM-IV, CIE-10.....	41
Tabla N° 3.- Criterios Diagnósticos de Trastorno por Dolor DSM-IV, CIE-10.....	43
Tabla N° 4.- Criterios Diagnósticos de Trastorno Dismórfico Corporal DSM-IV, CIE-10.....	48
Tabla N° 5.- Criterios Diagnósticos de Hipocondría DSM-IV, CIE-10...	51
Tabla N° 6.- Criterios Diagnósticos de Ataque de Pánico DSM-IV, CIE-10	62
Tabla N° 7.- Criterios Diagnósticos de Fobia Específica DSM-IV, CIE-10	64
Tabla N° 8. - Criterios Diagnósticos de Fobia Social DSM-IV, CIE-10....	67

Tabla N° 9. - Criterios Diagnósticos de Trastorno Obsesivo Compulsivo DSM-IV, CIE-10.....	71
Tabla N° 10. - Criterios Diagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático DSM-IV, CIE-10.....	75
Tabla N° 11. - Criterios Diagnósticos de Trastorno por Estrés Agudo DSM-IV, CIE-10.....	79
Tabla N° 12. - Criterios Diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM-IV, CIE-10.....	82
Operacionalización de Variables	
Tabla N° 13. - Cuadro de operacionalización de variables.....	96
Tabla N° 14. - Cuadro de operacionalización de variables.....	98
Procesamiento de la Información	
Tabla N° 15. -Plan de recolección de la información.....	100
Investigación de Campo: Ideas Hipocondriacas	
Tabla N° 16. - Resultados del Índice Whiteley de Hipocondría.....	102
Investigación de Campo: Niveles de Ansiedad	
Tabla N° 17. - Resultados del Test de Ansiedad de Hamilton.....	119
Comprobación de Hipótesis	
Tabla N° 18.- Chi cuadrado Médicos Residentes.....	134

Tabla N° 19.- Chi cuadrado Médico Residentes.....	134
Tabla N° 20.- Chi cuadrado Médico Residentes.....	135
Tabla N° 21.- Chi cuadrado Internos Rotativos de Medicina.....	135
Tabla N° 22.- Chi cuadrado Internos Rotativos de Medicina.....	136
Tabla N° 23.- Chi cuadrado Internos Rotativos de Medicina.....	136
Tabla N° 24.- Chi cuadrado Pasantes de Medicina.....	137
Tabla N° 25.- Chi cuadrado Pasantes de Medicina.....	138
Tabla N° 26.- Chi cuadrado Pasantes de Medicina.....	138
Operaciones dentro del Manual de Salud Mental	
Tabla N° 27.-Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos.....	168
Tabla N° 28.- Registro de pensamientos disfuncionales.....	169
Metodología	
Tabla N° 29.- Metodología.....	176
Modelo Operativo	
Tabla N° 30.- Modelo Operativo.....	178
Tabla N° 31.- Modelo Operativo.....	179
Tabla N° 32.- Registro de pensamientos disfuncionales.....	182
Tabla N° 33.- Formulario de creencias centrales.....	183
Tabla N° 34.- Distracción y refocalización.....	184
Tabla N° 35.- Relajación Jacobson.....	188

Marco Administrativo

Tabla N° 36.- Marco Económico.....	190
------------------------------------	-----

Índices de Gráficos

Contenido	Pág
------------------	------------

Árbol De Problemas

Gráfico N° 1.- Árbol de problemas.....	10
--	----

Categorías Fundamentales

Gráfico N° 2.- Categorías fundamentales.....	32
--	----

Constelación de Ideas

Gráfico N° 3.- Constelación de ideas (variable independiente).....	33
--	----

Gráfico N° 4.- Constelación de ideas (variable dependiente).....	34
--	----

Ideas Hipocondriacas.- Niveles de Ideación

Gráfico N° 5.- Datos reales.....	103
----------------------------------	-----

Gráfico N° 6.- Porcentajes.....	103
---------------------------------	-----

Ideas Hipocondriacas.- Niveles de Ideación por Población

Gráfico N° 7.- Datos reales.....	105
----------------------------------	-----

Gráfico N° 8.- Porcentajes.....	105
---------------------------------	-----

Niveles de Ideación Hipocondriaca por Tipos de Población

Gráfico N° 9.- Datos reales.....	108
----------------------------------	-----

Gráfico N° 10.- Porcentajes.....	108
----------------------------------	-----

Niveles de Ideación Hipocondriaca en Médicos Residentes

Gráfico N° 11.- Datos reales.....	113
Gráfico N° 12.- Porcentajes.....	113

Niveles de Ideación Hipocondriaca en Internos Rotativos de Medicina

Gráfico N° 13.- Datos reales.....	115
Gráfico N° 14.- Porcentajes.....	115

Niveles de Ideación hipocondriaca en Pasantes de Medicina

Gráfico N° 15.- Datos reales.....	117
Gráfico N° 16.- Porcentajes.....	117

Niveles de Ansiedad

Gráfico N° 17.- Datos reales.....	120
Gráfico N° 18.- Porcentajes.....	120

Niveles de Ansiedad en Médicos Residentes

Gráfico N° 19.- Datos reales.....	124
Gráfico N° 20.- Porcentajes.....	124

Niveles de Ansiedad en Internos Rotativos de Medicina (IRM)

Gráfico N° 21.- Datos reales.....	127
Gráfico N° 22.- Porcentajes.....	127

Niveles de Ansiedad en Pasantes de Medicina

Gráfico N° 23.- Datos reales.....	130
-----------------------------------	-----

Gráfico N° 24.- Porcentajes.....	130
----------------------------------	-----

Manual de Salud Mental para Prevención

Gráfico N° 26.- Esquema de relación entre conducta y pensamientos automáticos.....	161
---	-----

Gráfico N° 27.- Epidemiología ideas hipocóndricas año 2013.....	162
---	-----

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

“IDEAS HIPOCONDRIACAS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES, INTERNOS ROTATIVOS Y PASANTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO - JULIO DEL AÑO 2013.”

Autor: Silva Quintana, Rafael Alejandro

Tutora: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen.

Fecha: Octubre del 2014.

RESUMEN

El presente proyecto investigativo tiene como objetivo identificar el desarrollo de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato, la información de la presente investigación fue obtenida a través del Índice de Hipocondría de Whiteley, valorando los niveles de ideación hipocondriaca como: Preocupación corporal, Fobia a la enfermedad y convicción de presencia de la enfermedad, y el Test para Ansiedad de Hamilton para evaluar los niveles de ansiedad tanto leve, moderada, grave; aplicado a una población de 341 personas. Posteriormente se relacionó las variables, analizando entre los niveles de ideación hipocondriaca y los niveles de ansiedad que presenta cada individuo. Los resultados obtenidos apoyaron la comprobación de la hipótesis afirmativa, la cual manifestaba que las ideas hipocondriacas influyen en los niveles de ansiedad de la población en estudio. La asociación de las variables, apoyó al desarrollo de una propuesta de implementación de un manual de salud mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, así como la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad para los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, COGNITIVAS, CONDUCTUALES, SALUD_MENTAL, HIPOCONDRÍA, IDEAS_HIPOCONDRIACAS, HIPOCONDRÍA_SECUNDARIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

“HYPOCHONDRIACAL IDEAS AND LEVELS OF ANXIETY IN RESIDENT DOCTORS, ROTARY BOARDERS OF MEDICINE AND ASSISTANTS OF MEDICINE IN THE PROVINCIAL EDUCATIONAL HOSPITAL AMBATO IN THE PERIOD JANUARY - JULY OF THE YEAR 2013”.

Author: Silva Quintana Rafael Alejandro.

Tutor: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen.

Date: March, 2015.

SUMMARY

The present research project aims to identify the development of hypochondriacal ideas and levels of anxiety in Resident Doctors, Internal Rotary of Medicine and Interns of Medicine Provincial Teaching Hospital Ambato, the information of Present Research WAS obtained via the index hypochondria Whiteley, assessing the levels hypochondriac ideation As: Body Concern, disease phobia and Conviction Presence of the disease, and paragraph Hamilton Anxiety Test para assess levels of both mild anxiety, Moderate, grave; ANU applied a population of 341 characters. Subsequently variables Analyzing Levels Among hypochondriac ideation and anxiety levels Posing Every Individual related. The results obtained support the hypothesis testing affirmative, which is manifested Thathypochondriacal ideas influence the levels of anxiety Population Survey. The Association of variables Development Support Implementation A proposed UN Manual of Mental Health for Primary Prevention of hypochondriacal ideas and levels of anxiety, and the application of cognitive behavioral techniques for the Management of hypochondriacal ideas and Anxiety to The Resident Doctors, Rotary Internal Medicine and Medical Interns Provincial Teaching Hospital Ambato.

KEYWORDS: ANXIETY, COGNITIVE, BEHAVIORAL, MENTAL_HEALTH HYPOCHONDRIAC_IDEAS, SECONDARY_HYPOCHONDRIA,

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, está orientada concretamente a determinar como las ideas hipocóndricas tienen como base la distorsión del pensamiento acerca de un acontecimiento, o una situación estresante que genere una creencia específica de la misma, generalmente este contexto provoca en la persona un nivel de ansiedad determinado como parte de la reacción psicológica y fisiológica natural del cuerpo, sin embargo este hecho puede causar un desequilibrio emocional y mental en el sujeto, si el acontecimiento resulta seguido o de gran envergadura, así también este dependerá de la enseñanza socio cultural del individuo, de los refuerzos que este haya recibido acerca de los mismos y del aprendizaje selectivo que haya empleado, considerando que la población investigada es un eje fundamental en la salud para la comunidad, al ser los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina, las personas encargadas de garantizar la salud en otros individuos, resulta fundamental la evaluación y prevención de la salud mental en estos sujetos, a través de la evaluación mediante reactivos psicológicos y la relación de los resultados de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en cada miembro de la población evaluada, los cuales han presentado datos que aportaron al desarrollo de un análisis cuali-cuantitativo, los mismos que permiten ser interpretados a través del aporte teórico de Aaron Beck en la distorsiones cognitivas de las ideas hipocondriacas y Hamilton en los niveles de ansiedad.

Posterior al análisis de la información obtenida, se ha establecido estrategias de prevención e intervención en el apareamiento y desarrollo de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad: con la implementación de un manual de salud mental así como de técnicas cognitivas conductuales, con la finalidad de promover bienestar psicológico, cognitivo y emocional entre los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina, con la finalidad de garantizar una atención holística en salud.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

Ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

Macro

Una idea es una representación mental que surge a partir del razonamiento o de la imaginación de una persona. Está considerada como un acto básico del entendimiento. De igual manera se debe explorar el aspecto “patológico” de las ideas Fernández Goñi (2010) menciona que:

Idea delirante. Es una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto. (...) **La idea hipocondriaca o**

Somática. Es una idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo. (p.181)

Según Pastorelli, V et al. (2011), menciona que “El 3 % de los estudiantes de medicina presenta síntomas hipocondríacos (en general transitorios). (...) uno de los aspectos para la hipocondría secundaria es ser estudiante de medicina” (p.11)

De igual manera Robins & Kinmayer (1996) y Hollifield, Paine, Tuttle & Kellner (1999) en estudios realizados en Estados Unidos y Francia, Citados por Segovia, N. & Vitéri, M (2010) mencionan que “La prevalencia de preocupaciones hipocondriacas en atención primaria se encuentra entre el 8 y el 20%.” (p.24)

Así también Howes & Salkovskis (1998) citados por Segovia, N. & Vitéri, M. (2010) exponen que “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 indicaron que este fenómeno causó una significativa tensión para los estudiantes y estaba presente en 70% y 80%”. (p.33)

De acuerdo a los datos de las distintas investigaciones citadas uno de los factores para desplegar ideas hipocondriacas o a su vez desarrollar hipocondriasis es el cursar o estudiar la carrera de medicina, lo cual si es analizado de una manera objetiva se puede establecer relación con el hecho que las personas que estudian medicina y quienes laboran en el campo de la salud en general tienen un constante encuentro con enfermedades graves y catastróficas, lo cual puede mermar la salud en el aspecto físico y mental ya que al estar en constante contacto con estos estímulos los mismos se los puede asociar a la vida cotidiana, así también el desgaste y la presión existente en el ámbito académico y laboral favorecen al apareamiento de las ideas hipocondriacas y en un futuro tal vez al desarrollo de un posible trastorno hipocondriaco así como de distintos padecimientos de carga emocional como es la ansiedad y la depresión.

La hipocondría también es catalogada como un tipo de ansiedad excesiva de padecer una enfermedad grave, siendo un trastorno psiquiátrico muy común en la sociedad; según la revista de OMIE (2005)

(...)Se ha estimado que en España la prevalencia de la hipocondría en la práctica médica primaria es entre 3 y 4,5%, comparado con alrededor del 1% en la población general. Además los hipocondríacos están, por definición, convencidos de que su enfermedad es médica, y un tratamiento integrado en el ámbito médico no psiquiátrico puede, por lo tanto, ser el más aceptable. Es por eso de gran importancia que todos los médicos en relación directa con pacientes sepan cómo tratar este problema.(p. 2)

El paciente hipocondríaco se ha mostrado como un paciente problemático para los profesionales de la salud, puesto que llega con una demanda de enfermedad crónica, sin que exista conciencia de su verdadera enfermedad. A pesar de eso se han publicado en los últimos años varios estudios con resultados positivos, utilizando tratamientos psicológicos y medicamentosos.

Barsky en una investigación realizada en Massachusetts Estados Unidos (2004) (Citado en la revista de OMIE, 2005) menciona que:

(...) identificó una condición clínica que reviste un gran interés la “hipocondría transitoria”. De un total de 1036 enfermos del Hospital General de Massachusetts que el 65% de ellos cumplió con el diagnóstico de hipocondría del DSM III-R, y el 34% que no llegó a alcanzar tales criterios, fue agrupado como el grupo de “hipocondríacos transitorios”. En este último grupo, durante aproximadamente los 22 días de media que duró el estudio, se produjo una reducción de las actitudes hipocondríacas en más del 25% y de sus síntomas físicos en más del 10%. Es decir, parece que en presencia de enfermedades físicas, la proporción de pacientes que genera actitudes hipocondríacas y

síntomas funcionales es bastante más elevada de la que podría parecer si se aplican criterios diagnósticos estrictos (APA) (p.3)

Tomando en consideración el estudio de Barsky acerca de la hipocondría secundaria se podría decir que los estudiantes de medicina y los médicos que laboran en un hospital puedan presentar este tipo de cuadro en algún momento de su desempeño académico y laboral debido al ambiente en el cual se desarrollan.

Otro de los aspectos a resaltar son las variaciones de la prevalencia de la hipocondría y como esta cambia en diferentes regiones y países así Gureje, Simon, Ustun & Goldberg (1997) mencionados por Fernández, R en la tesis doctoral Preocupación Hipocondríaca: Influencias en la predisposición, inicio y persistencia. Asturias España afirman que:

(...) Se encontraron tasas de prevalencia de hipocondría sustancialmente diferentes en distintos países. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes con la triada de síntomas de creencia de enfermedad, malestar emocional o interferencia en el funcionamiento psicosocial asociados y búsqueda de atención médica debida a la preocupación era del 9,5% en Santiago de Chile mientras que en París, Ankara o Verona era solo del 0,7%. (p.105)

Esta apreciación es realmente significativa puesto que según Gureje, Simon, Ustun & Goldberg las creencias hipocondriacas varían según el país y la región en la cual se encuentre el individuo o de donde provenga este.

De igual manera la ansiedad es un elemento que se encuentra con frecuencia entre los estudiantes de medicina, es por ello que en su estudio Bohórquez, A. (2007) menciona que:

La escala de Zung para ansiedad fue completada por 595 estudiantes, la prevalencia de punto de ansiedad medida a la mitad del

periodo académico fue 60.33% (359 estudiantes con puntajes de Zung iguales o mayores de 45) (...) y la prevalencia en el sexo femenino fue de 68.82% y en el masculino 47.7%. (p.78)

De esta manera los estudios previos confirman un alto índice de niveles de ansiedad presentados por los estudiantes de medicina, puesto que el proceso de formación junto con la vivencia de signos y síntomas de enfermedades catastróficas junto con impacto y presión propios de la carrera incurren de manera directa en la salud y bienestar de los sujetos en estudio.

Meso

Según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador (IESM) realizado por el Ministerio de Salud Pública, la Organización Panamericana de Salud y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS realizado en el año 2008 manifiesta que “en el año 2006 los trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatomorfos llegaron al 32% del total de población atendida en el País” (tabla 1) (p.14) siendo estos los de mayor incidencia en la población general al presentar el mayor porcentaje de la totalidad atendida.

En un estudio realizado en la ciudad de Quito por Segovia, N. & Viteri, M. Preocupaciones hipocondriacas y su relación entre estudiantes de la Facultad de Medicina, Jurisprudencia, Antropología e Ingeniería Civil de Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2010) en la PUCE destacan que “los estudiantes de la facultad de medicina son los que más visitas médicas mantienen con un 45.4%” (p.60)

Así también muestran una “preocupación en la salud y el desempeño laboral y vida social, con un 25.8% los estudiantes de medicina de la PUCE siendo estos quienes poseen el porcentaje más alto”. (p.61)

Es así que al analizar los reactivos de la investigación de Segovia, N. & Viteri, M. (2010) en una de las escalas menciona que:

(...) la escala de fobia a la enfermedad del índice de Whiteley 2.5% de los estudiantes de medicina muestran tenerlas en totalidad, sin embargo el 24.6% y 10% se encuentran en el parámetro de moderada a grave en esta sub escala y el 2.1% muestra tener una convicción de la enfermedad. (p. 63)

Lo cual revela que en los estudiantes de medicina de la PUCE al igual que en las investigaciones previas en otros países muestran creencias hipocondriacas, así como ideas hipocondriacas y en algunos casos hipocondriasis; por lo cual es necesario también investigar los factores ambientales en los que se desarrollan y como estos pueden afectar al desarrollo de dichas afecciones, es por lo cual se toma en consideración estudios realizados sobre los médicos pasantes y residentes de tres diferentes hospitales de la ciudad de Quito los cuales también resultan ser estudiantes de una universidad capitalina, se puede sustentar el hecho y la necesidad de un cuidado integral de salud de los mismos en donde se debe primar la entidad psicológica según Vela, Estefania (2010) en la investigación Prevalencia de Burnout Syndrome en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vozandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010 afirma que el 35% de la población encuestada presenta un índice alto y el 57% un índice moderado según el Test de Maslach (p.40). Lo cual refleja la existencia del síndrome de Burnout en un 92% de la población total.

Puesto que el objeto de estudio se encuentra cumpliendo un rol académico y laboral de manera simultánea se denota la vulnerabilidad de la misma, ya que dicha responsabilidad se ve aumentada por el hecho de que en las manos de estos individuos se encuentra la salud y estabilidad de otro ser humano, lo cual causa un aumento de su ansiedad y por ende se encuentre más accesible al desarrollo de cualquier malestar de orden psicológico como lo son las ideas hipocondriacas, así

también estas dos investigaciones mantiene como población de estudio a los estudiantes de medicina, Medico Internos Rotativos (IMR) y Médicos Residente, en los cuales se denotan ya afecciones considerables.

De igual manera la ansiedad es un padecimiento común entre los estudiantes la facultad de medicina de la Universidad del Azuay, parafraseando a Cordero, J & Pacheco, D (2010) menciona que “Se encontró una elevada proporción de estudiantes con puntajes en las escalas compatibles con depresión (13,95%) y ansiedad (29,33%) (p.92)” además afirman que existe una diferencia considerable entre géneros es así que “el género femenino presentó síntomas de franca ansiedad en 7.4% en comparación del 4.9% de los varones, lo que nos indica que entre el género femenino existe mayor grado y prevalencia de ansiedad”. (p.94)

Por lo mismo se considera que el proceso de formación en medicina implica un alto índice de estrés y ansiedad para el sujeto que la cursa, lo cual pueda causar un malestar clínicamente significativo que puede afectar en su salud psíquica y orgánica.

Micro

Según Mayorga, Diego (2012) en la 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” menciona que:

(...) 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.(p. 87)

Es decir que el nivel de estudio, así como las obligaciones educativas y el ambiente de trabajo influyen de manera directa para el apareamiento y desarrollo de preocupaciones hipocondriacas como menciona el autor, así también manifiesta que “En la casuística se pudo evidenciar que el 85% de los estudiantes incluidos, existe un incremento de las preocupaciones por su salud el mismo que es originado al estudiar la carrera de Medicina.” (p 82) sosteniendo que la formación académica así como el ambiente en el que se desarrolla un sujeto influye en el apareamiento de creencias hipocondriacas.

En el Hospital Provincial Docente Ambato se ha observado como el extenuante trabajo y las largas jornadas laborales causan un desgaste significativo en los médicos residentes, pasantes y rotativos de dicha institución; es así que técnica de la observación participante se ha constatado como los mencionados protagonistas suelen ser susceptibles a aspectos que generan serios problemas en su condición de salud, de manera especial en su estabilidad psicológica y emocional, ya que al estar expuestos de manera cotidiana a la muerte así como enfermedades catastróficas estas son el estímulo necesario para generar el deterioro ya Citado en cada uno de los profesionales, sin embargo no existe una planificación para la contención de los aspectos emocionales y psicológicos de los médicos y es ahí donde radica la importancia de esta investigación.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

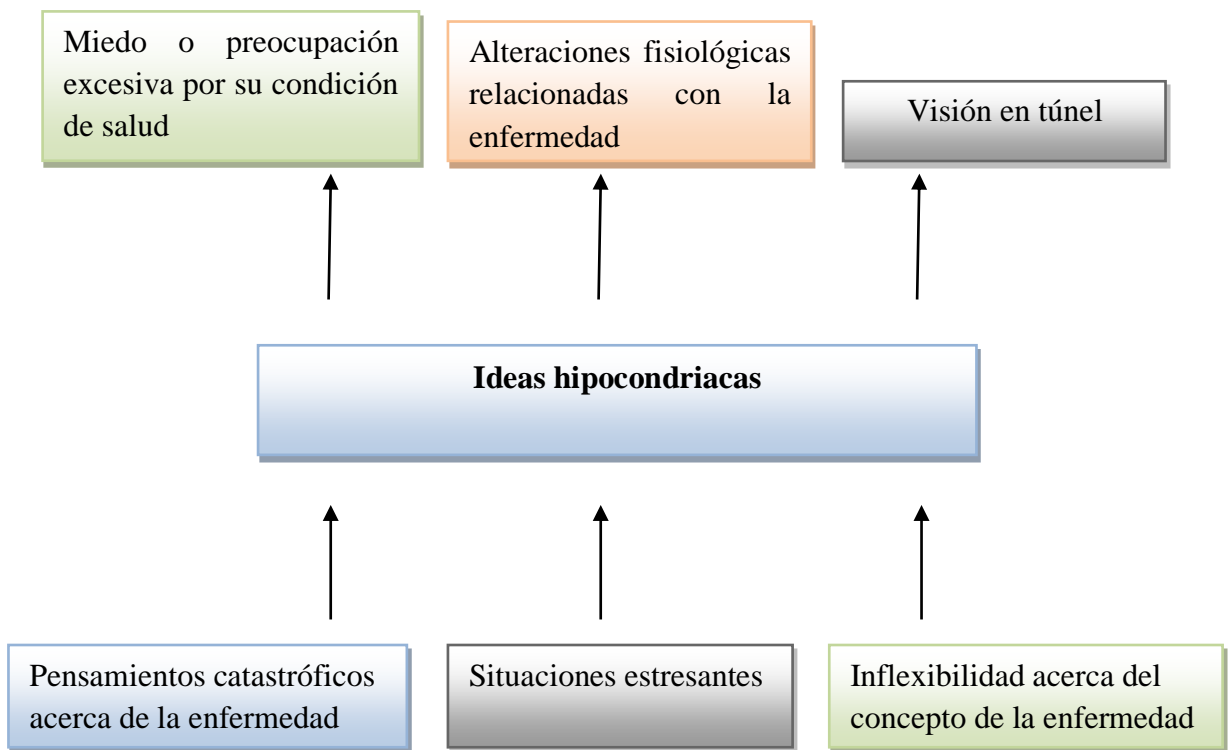


Gráfico n1

Árbol de problemas

Elaborado por: Rafael Silva Q.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

El estilo de vida que conllevan los profesionales y estudiantes de la salud está caracterizado por el impacto emocional y la responsabilidad de llevar en sus manos el bienestar de otro ser humano, este compromiso les puede provocar un deterioro emocional, social y cognitivo, considerando que la mayoría de los estudiantes y profesionales no sostienen un proceso psicoterapéutico o preventivo de salud mental, lo cual potencializa el apareamiento de problemas emocionales y psicológicos, parafraseando a la Organización Mundial de la Salud “sin salud mental no existe verdadera salud”; por lo cual es fundamental el desarrollo de la investigación en el área de salud mental de quienes brindan salud a los usuarios.

Los profesionales en salud habitualmente se enfrentan a situaciones estresantes, ya que se encargan del bienestar y cuidado de las personas que acuden a su servicio, en este sentido los médicos suelen estar expuestos a una mayor presión, al diagnosticar y tratar todo tipo de enfermedades orgánicas lo cual les lleva a convivir de manera cercana con padecimientos de alto riesgo o catastróficos y lamentablemente con la muerte, por lo cual existe un desgaste físico, psicológico y emocional, que afectara a su salud de manera directa o indirecta, ya sea con el desarrollo de dolencias somáticas o afecciones psicológicas; considerando que al estribar este trabajo el impacto emocional es mayor para los mencionados, lo cual puede precipitar el desarrollo de distintos malestares psicológicos, debido al entorno en el cual los médicos y estudiantes de medicina se desarrollan, se puede focalizar el apareamiento de ideas hipocondriacas las cuales a su vez podrían converger en el surgimiento de ansiedad en distintos niveles lo cual puede provocar un desajuste en la vida emocional y mental de los profesionales, he ahí donde nace la necesidad de poder evaluar, diagnosticar e iniciar con una propuesta de tratamiento para que los mismos puedan contar con una salud acorde al trabajo que realizan, salvaguardando su propia integridad y de esta manera puedan extender los cuidados necesarios a quienes requieren de su intervención.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar las condiciones de los servicios de salud para los usuarios que acuden a las entidades hospitalarias, estas no prestan las garantías necesarias para las personas que laboran en las mismas, en especial los médicos residentes, internos rotativos y los pasantes de medicina, considerando que los mencionados son quienes manejan una carga laboral superior, ya que cumplen turnos específicos para el cuidado de los pacientes, además cabe recalcar que se le debe sumar la carga académica que aún mantienen los IRM y los pasantes de medicina, por lo mismo su jornada de trabajo durante toda la semana inicia a muy tempranas horas en la mañana y culmina ya entrada la madrugada, lo cual vulnera la salud de estos individuos en varios aspectos, produciéndose una paradoja profesional, ya que quienes brindan salud a los usuarios son quienes sacrifican el bienestar propio por cumplir con esta labor, y al destacar este aspecto es necesaria la investigación e intervención oportuna para que los miembros de la población indagada cuenten también con una correcta salud no solamente orgánica sino también mental y emocional, para que exista un equilibrio sustentable en cada uno de ellos.

Los aspectos mencionados deben ser tomados como precauciones necesarias para la integridad del profesional y como herramienta de trabajo del mismo, siendo esta la única manera de transmitir de forma adecuada sus conocimientos para la seguridad del paciente que será beneficiado con la atención del profesional.

1.2.3. Prognosis

A pesar de que no existan estadísticas que afirmen la existencia de ideas hipocondriacas en la población a estudiar, si se encuentran estudios previos acerca de esta problemática en dicha población, dándole diferentes nombres a este proceso, se lo ha experimentado como hipocondría del estudiante de medicina, nosofobia, actitudes hipocondriacas, personalidad hipocondriaca o hipocondría secundaria, sin embargo estos aspectos han sido enfocados de diferente manera pero el trasfondo ha sido el mismo identificar un problema de origen psicológico que afecte en su

percepción de estado de salud orgánica, en varios estudios que serán explicados con posterioridad se afirma que los estudiantes de medicina son una población susceptible para este tipo de padecimientos, de igual manera que los médicos que laboren en hospitales pero en menor riesgo, por lo que resultaría iatrogénico negarlas, uno de los puntos a destacar es que en el programa académico y de desarrollo de los médicos residentes, pasantes y rotativos no existe un apartado que salvaguarde la integridad del profesional en el campo de la salud mental, así también al analizar cómo se desarrolla las prácticas pre-profesionales en los Hospitales de Salud Pública se evidencia cómo cierto tipo de enfermedades causa gran impacto en los profesionales y estudiantes que se desenvuelven en estas instituciones, causándoles reminiscencias cognitivas las cuales dificultan su trabajo y provocan descompensaciones emocionales en esta población.

De tal modo que resulta imprescindible la investigación alrededor de la salud mental que mantiene la población a evaluar, de esta manera plantear una propuesta acorde con el perfil profesional del médico considerando de igual manera los postulados que plantea la OMS para el cuidado de la salud mental; donde radica la importancia de esta investigación es la responsabilidad que tienen los médicos con las personas que son atendidas por ellos, puesto que intentan salvaguardar la integridad y salud de los pacientes hasta donde su capacidad lo permita, sin embargo la misma se puede ver disminuida por aquellas distorsiones cognitivas, ideas sobrevaloradas, o irracionales acerca de su condición de salud. Por lo mismo este es el eje angular de la investigación es decir el beneficio de la población a investigar pero a su vez como mayores favorecidos las personas que sean asistidas por los evaluados.

Considerando los aspectos ya mencionados, de no se realizarse esta investigación el desarrollo de la salud pública como un derecho de estado podría terminar estancado puesto que los encargados de llevarla, reproducirla y salvaguardarla no cumplirían con dicha función, ya que su propio rendimiento no sería integral y este escollo podría generar en un futuro un aspecto negligente de los propios profesionales al no tomar en consideración los puntos planteados, así también

se debe destacar que, si el presente trabajo investigativo no se llegara a realizar el deterioro emocional y mental de los profesionales en formación se podría incrementar, produciéndose una disminución en su capacidad laboral y calidad profesional.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera influyen las ideas hipocondriacas en los niveles de ansiedad en médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué niveles en ideas hipocondriacas, presentan los médicos residentes, pasantes y rotativos del H.P.D.A?
- ¿Qué niveles de ansiedad presentan médicos residentes, pasantes y rotativos los provocados por el rol que ejercen?
- ¿Qué situaciones estresantes atraviesan los médicos residentes e internos rotativos del H.P.D.A?
- ¿Se puede diseñar un programa para resguardar la integridad de la salud mental de los médicos en formación?

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1. Delimitación del contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Trastornos psicológicos

Aspecto: Distorsión Cognitiva

1.2.6.2.Delimitación espacial:

Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato.

1.2.6.3. Delimitación temporal:

La investigación se realizó en el primer semestre del año 2013 entre los meses enero / julio del 2013.

1.2.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

La investigación será enfocada en los médicos residentes, internos rotativos de medicina y estudiantes de medicina quienes realizan las practicas pre profesionales en el Hospital Provincial Docente Ambato. Se trabajará con 58 médicos residentes (26 hombres y 32 mujeres), 80 IRM (28 hombres y 52 mujeres), y 203 pasantes de medicina (93 hombres y 110 mujeres) siendo un total de 341 (147 hombres y 194 mujeres) personas como universo de investigación.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El interés por investigar las ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad en médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina en el H.P.D.A nace posterior a realizar prácticas pre profesionales en dicha institución ya que mediante la observación se pudo apreciar que en la población mencionada existe un malestar de origen psicológico que afecta el desempeño del individuo como tal, además que es un grupo de interés para la ciencia puesto que son quienes brindan el resguardo y la seguridad en el ámbito de salud para las personas que son atendidos por los mencionados, sin embargo poco o nada se realiza para salvaguardar su integridad psicológica y emocional en el ámbito laboral, a lo cual se le debe adjuntar el hecho que viven en una constante preocupación y presión laboral por la razón de realizar un buen trabajo con los pacientes y asegurar el correcto cuidado de los mismo, pues tienen en claro que en sus manos está la salud del sujeto y también la

tranquilidad de la familia que esta de tras de los mismos, empero se ha sistematizado al sistema de salud, olvidando que quienes están detrás de todo ese proceso son seres humanos también, que sienten, piensan se equivocan, se preocupan entre otros, al igual que el resto de personas, sin embargo estos individuos adquirieron una responsabilidad mayor que el resto de personas, lo cual produce un desgaste mayo en los mismos, así también se desarrollan en un ambiente en el cual se encuentran de manera constante con enfermedades graves, catastróficas y de manera inevitable con la muerte, o que sin duda afecta a esta población de manera significativa ya que es una constante en su vida profesional.

Resulta de gran importancia también para el desarrollo teórico practico de los principios de salud pública, utilizando la prevención de salud primaria, secundaria, y terciaria, en una población que resulta ser vulnerable que sin embargo ha sido ignorada por el hecho de pertenecer a la rama de la salud, lo cual resulta paradójico pero lamentablemente cierto, además esta investigación ayudara a identificar en que área hospitalaria existe mayor riesgo para os implicados y de qué manera se puede ayudar a los mismos para que enfrenten aquella situación de forma adecuada brindándoles las herramientas adecuadas para que puedan elaborar los escollos emocionales y cognitivos que pueden generar un deterioro en su salud mental.

Dicha investigación tendrá como principales beneficiarios a los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasante de medicina quienes mejoraran su estado de salud mental de manera considerable, pero también como beneficiarios indirectos tendremos a toda la población que se atendida en el H.P.D.A ya que recibirán una atención de calidad puesto los médicos y el personal involucrado tendrá una mejor salud mental que será potenciada con los conocimientos capacidades de los mismos para despeñarse de manera óptima en su rubro laboral, de igual manera se verán beneficiados la comunidad científica universitaria y la hospitalaria ya que se está generando investigación que generara un cambio sustancial para la sociedad ambateña y posiblemente nacional, puesto que este proceso investigativo se puede replicar a nivel nacional y de esta manera generar mayor cantidad de beneficiarios.

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo del H.P.D.A y sus autoridades al brindar las facilidades de evaluación e investigación en dicha institución con el trabajo conjunto de la Universidad Técnica de Ambato, la Facultad de Ciencias de la Salud y la Carrera de Psicología Clínica.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Investigar las ideas hipocondriacas y su influencia en los niveles de ansiedad en los médicos residente e internos rotativos del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar los niveles de las ideas hipocondriacas que afectan a médicos residentes, e internos rotativos del H.P.D.A
- Definir los niveles de ansiedad de médicos residentes e internos rotativos provocados por el rol que ejercen
- Relacionar las ideas hipocondriacas con los niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Establecer un programa de prevención primaria para resguardar la integridad de la salud mental de los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Según Segovia, N. & Viteri, M. (2010) en su investigación sobre preocupaciones hipocondriacas y su relación entre estudiantes de la Facultad de Medicina, Jurisprudencia, Antropología e Ingeniería Civil de Pontificia Universidad Católica del Ecuador” se obtuvo que (PONERLO EN UN SOLO PÁRRAFO CON SUS PROPIAS PALABRAS) con las siguientes conclusiones

En el presente estudio se pudo concluir que estudiar medicina no indicó una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas, al igual que Ingeniería Civil, Jurisprudencia y Antropología.

La prevalencia más alta de preocupaciones hipocondriacas fue encontrada en estudiantes de Ingeniería Civil, con mayor porcentaje de 3° a 6° nivel debido a la exigencia en el estudio y al grado de dificultad del contenido académico.

Dentro de la facultad de Medicina se evidencio la presencia de preocupaciones hipocondriacas, constándose que 3° y 4° nivel alcanzaron los porcentajes más altos probablemente esto se deba a una amplia carga horaria y a la complejidad del pensum académico

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 dos primeros años quizás porque es

esta etapa ya tienen suficiente experiencia del proceso o han desarrollado estrategias de afrontamiento para no dejarse agobiar por las preocupaciones por su salud.

La educación médica fue encontrada como un actor protector para el desarrollo de preocupaciones hipocondriacas. Estos resultados cuestionan una opinión generalizada acerca de los estudiantes de medicina y su propensión a tener excesiva preocupación por su salud, esto quizá se deba porque los médicos en formación adquieren conocimiento que les proveen de herramientas para clarificar dudas en relación a las enfermedades y su clínica y no desarrollar creencias ni sintomatología no existente. (p. 69-70)

De igual manera cabe resaltar la investigación realizada por Alcalá, José (2011) con el tema “La queja hipocondriaca en Atención Primaria” teniendo como conclusiones:

Primera. Se confirma la primera hipótesis en nuestra muestra de estudio: existe una asociación significativa entre mayor frecuencia de consultas médicas en el ámbito de atención primaria y una actitud hipocondríaca ante la enfermedad.

Segunda. La segunda hipótesis se confirma parcialmente puesto que ciertos estilos de personalidad se asocian ligeramente con quejas hipocondríacas, pero no los niveles de ansiedad y depresión.

Tercera. Otros factores investigados como la situación laboral, antecedentes de enfermedad no psiquiátrica, edad media y mayor puntuación en escala de acontecimientos vitales parecen relacionarse con la excesiva demanda de atención médica más que la actitud hipocondríaca. (p. 127)

La investigación propuesta por Vela, Estefanía (2010) con el tema “Prevalencia de Burnout Syndrome en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales

Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vozandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010.”, señala las siguientes conclusiones

El burnout syndrome se está convirtiendo hoy en un problema de salud pública en los profesionales de la salud. En el Ecuador es una entidad que no es tomada en cuenta ni en universidades ni en los hospitales. El concepto de este síndrome es relativamente conocido en todo el ámbito médico, el mayor problema es que aun no se enfrenta la realidad de la situación. Se piensa que el exceso de horas de trabajo es normal en una carrera como esta, que así es la única forma en la que aprendes. En la discusión vimos que la prevalencia de burnout en residentes e internos fue del 30% en cuanto a niveles altos de y un 40% en niveles moderados. Estas cifras representan al 70% de la población encuestada. Estos son los primeros datos que se obtienen ya que no se han encontrado estudios previos sobre este tema a nivel nacional, solo a nivel latinoamericano. Hay estudios hechos en Colombia que muestran que su prevalencia va desde 30 al 50% Henderson (1984), Deckard, Meterko y Field (1994) (citados en Garcés de los Fayos, 2003) y en México está en el 30% Hernández (2003).

Estos datos son los más cercanos con los que se pude identificar el problema, ya que su sistema de formación médica es muy parecido al del país, los residentes e internos trabajan el mismo promedio de horas a la semana. Sin embargo en estos países ya han iniciado investigaciones al respecto y se está creando una conciencia sobre la importancia de regular la cantidad de horas que trabajan los residentes y los internos, tanto por el bien de los mismos como por el bien de los pacientes. Acá en el país se necesitan más estudios al respecto, por lo cual sería indispensable replicar el proceso investigativo a los hospitales públicos de mayor relevancia y concurrencia de del país y analizar la existencia de similitudes o diferencias así como la prevalencia e los escollos indagados. De esta forma se podrá evidenciar ciertos problemas que tienen los hospitales con respecto a su personal médico, considerando que los factores que incurren en ello no es la resultante de una mala capacitación, sino por un sobre esfuerzo en el trabajo. Además se debe considerar factores externos que rodean a esta población es así el caso de los médicos en formación, quienes están expuestos al estrés y posterior agotamiento que les generan los retos que enfrentan

durante sus estudios, es necesario revisar su capacidad de adaptación y, por tanto, su salud personal, para garantizar la calidad de la atención en salud que van a brindar, así como el propio bienestar.

Se plantea como recomendación tanto a la facultad de medicina de la Universidad San Francisco de Quito como a los hospitales HCAM, HMQ y HVQ que se continúe efectuando investigación sobre este tema y de acuerdo con sus resultados se diseñen e implanten programas de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito educativo y laboral, de manera que se contribuya al mejoramiento del bienestar y calidad de vida de los estudiantes y a la prevención de factores de riesgo para el manejo del agotamiento estudiantil y el posterior desarrollo de burnout syndrome. (p.59)

La investigación propuesta por Fernández (2000) con el tema “Preocupación hipocondríaca: influencias en la predisposición, inicio y persistencia”, señala las siguientes conclusiones

Los resultados de la evaluación inicial y de seguimiento, tomados conjuntamente indican que la ansiedad por la salud tiende a mantenerse establemente y que se da asociada a un marcado malestar emocional actual (especialmente ansiedad) y afectividad negativa o neuroticismo. También indican que se asocia a valoraciones más negativas de los distintos ámbitos de la vida. Los sujetos con alta ansiedad por su salud consultan con más frecuencia, realizan más pruebas médicas, tienen más limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos y en general se sienten más insatisfechos con su estado de salud. Sus médicos tienden a considerarlos como excesivamente preocupados por la enfermedad y con una expresión excesiva de molestias físicas para el estado objetivo de salud que, también según el médico, no difiere del de sujetos sin preocupaciones hipocondríacas significativas. Estos sujetos informaron con mayor frecuencia de experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia y de enfermedades entre familiares de primer grado en la actualidad. (p. 370 - 371)

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico – propositivo, debido a la importancia del correcto entendimiento de las distorsiones cognitivas enfocadas por las ideas hipocondriacas y como estas afectan a las personas que se desenvuelven en las entidades hospitalarias en especial el personal médico, analizando los factores que permiten el desarrollo y las repercusiones de las mismas.. de igual manera establecer los factores mas importantes que intervienen en el desarrollo de este padecimiento para poder entablar una correcta intervención.

Además esta investigación potenciara el desarrollo de la ciencia como tal, debido a la importancia y carácter endémico, además que este proceso investigativo está basado en las dos vertientes vitales del ser humano, la orgánica y la psicológica, las cuales forman parte integral y vital del individuo como un ente en su totalidad. Parafraseando Foucault mencionado por Alzate, Daniel (2011) en donde expresa que:

La psicología «científica» nació de las contradicciones que el hombre encuentra en su práctica; y que por otra parte, todo el desarrollo de esta «ciencia» consistió en un lento abandono del «positivismo» que la alineaba en el origen en las ciencias de la naturaleza (...). ¿El futuro de la psicología no está por lo tanto en tomar en serio estas contradicciones, de cuya experiencia precisamente hizo nacer la psicología? Sólo habría por lo tanto psicología posible por el análisis de las condiciones de existencia del hombre y por la reanudación de lo que hay de más humano en el hombre, es decir, su historia. (p.4)

El apartado investigativo realizado se centra en las contradicciones y ambiente del Ser Humano como tal, considerando a la población investigada mas a Allá de la profesión que desarrolla, estos individuos aún mantienen su condición humana, es decir el hecho de que sean médicos no les resta la posibilidad de desarrollar algún tipo de trastorno que pueda afectar su condición o su salud, así también es importante resaltar que al sujeto como objeto de estudio se lo debe evaluar desde su contexto

histórico, social y familiar, ya que estas condiciones estructuran sus pensamientos y emociones, si un individuo es envuelto en una serie de sucesos trágicos, indudablemente el mismo puede desarrollar un síntoma que expresa esa historia en su condición actual, es decir muchos de los trastorno que los seres humanos presentan es producto de su historia, anclando esta premisa con lo expresado por Foucault; desde ese punto parte la investigación pues existe una paradoja, pues los encargados de brindar salud pueden presentar un quebranto en la misma, sin considerar únicamente los aspectos orgánicos, sino prestando especial atención a los procesos psicológicos y ambientales que rodean a estas personas.

Sin dejar de lado que la población estudiada pertenece a un grupo de elite ya que al ser partícipes de las ciencias médicas, estos individuos poseen cierto conocimiento acerca del tema a estudiar, aunque este no sea tan profundo sí presentan bases para el mismo, ya que el trabajo investigativo bordea el ámbito orgánico-biológico y psicológico del dolor y de donde parte el mismo; una explicación simple que se podría atribuir a este tema es que, el dolor corporal causado por la mente está asociado a una ganancia secundaria lo cual origina una simulación por parte del sujeto para poder llegar a un objetivo determinado, a su vez la negación de una enfermedad orgánica y que los síntomas de la misma sean atribuidos a aspectos psicológicos debido al temor que pueda existir en el individuo por padecer una enfermedad grave o catastrófica. Es ahí donde radica el eje de la investigación, ya que se debe encontrar el punto en el cual el temor causado por una idea no puede ser verbalizado y entonces el cuerpo empieza hablar a través de síntomas fisiológicos, o identificar si este temor o ansiedad produce la formación de síntomas que pueden ser descritos como una enfermedad orgánica sin que esta exista en realidad, lo cual produce el escollo de la presenta investigación, ya que se debe discernir el límite de lo mental y lo orgánico, y de qué manera interviene entre sí, el aporte de este proceso investigativo es relevante debido a que al indagar al sujeto como objeto de estudio en su ámbito de desarrollo se explora aspectos antes no estudiados y por ende aporta de manera sustancial al crecimiento de la ciencia como tal.

2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

La presente investigación pretende rescatar los valores más profundos del ser humano en especial de la población estudiada, en el ámbito personal y profesional, interviniendo de manera directa en su desarrollo ético pero también en una transformación en la percepción de vulnerabilidad del sujeto, pues mediante esta investigación se pretende concientizar y transformar la visión de la “enfermedad” y como esta es tomada por parte de los profesionales de la salud, además considerar que los campos preventivos para esta población son casi nulos, debido al descuido y falta de preocupación ya que se mantiene el arquetipo de invulnerabilidad para los médicos: además de analizar el origen de este trastorno o padecimiento, cuales son los factores predisponentes y desencadenantes para mantenerlo.

Se debe considerar que todos los seres humanos son vulnerables en algún momento de su vida a desarrollar o padecer una enfermedad, sin embargo se cree que esta es únicamente orgánica, desechando el componente psicológico, empero este es el aspecto fundamental de todo ser humano pues le da la condición de la especie, por lo mismo todo individuo sin importar la profesión que ejerza debe considerar y cuidar su salud, en especial la mental.

2.4. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

La población estudiada se encuentra en el límite de la juventud y la adultez inicial, por lo cual resulta difícil catalogarlos en un estrato específico, considerando que las necesidades de los sujetos cambian según el aspecto a analizar; aunque la diferencia cronológica entre cada uno sea de pocos años, los logros obtenidos y la satisfacción personal será distinta; a la etapa de la juventud se la puede dividir en dos puntos esenciales, la primera es según la edad cronológica conjunto con el aspecto biológico de este periodo y por otro lado el espectro psicológico, el cual resalta de los demás procesos evolutivos del individuo en este punto el sujeto tiende a realizar una conceptualización de si mismo así como del mundo, sin embargo no se encuentra

exento de problemas ya que en esta etapa puede ser vulnerable a la presión y a los cambios que conlleva tanto su vida social como laboral, este periodo se caracteriza por la culminación de los estudios universitarios y el inicio de la vida laboral, lo cual conlleva nuevas responsabilidades y retos para el individuo que pueden significar un desequilibrio emocional; la adultez se caracteriza por los logros personales, sociales y laborales, así como la independencia, además que tiende a idealizar la trascendencia de sí mismo y esta se ve cristalizada mediante la familia y el éxito laboral; por lo tanto se debe considerar cada una de las características de las distintas etapas evolutivas propias del sujeto, para poder identificar a los individuos de la población indagada y así esclarecer los hechos que influyen o coadyuvan en el desarrollo de ciertas cogniciones y emociones que afectan el desempeño de estas personas.

Considerando que los sujetos a estudiar se encuentran en este punto evolutivo se debe adjuntar la responsabilidad de la carrera profesional, lo cual genera una presión importante en cada uno de ellos, además que estos cambios son significativos tanto en su desarrollo social y familiar ya que el tiempo empleado para los puntos citados se ven disminuidos por la carga laboral. Considerando que los pensamientos son imágenes que van ligadas a experiencias previas y conocimiento adquirido, las distorsiones cognitivas pueden desarrollarse en cualquier momento y estas pueden ser precipitadas por los estadios de desarrollo ya mencionados y otros aspectos que circundan al individuo.

2.5. FUNDAMENTACIÓN HEURÍSTICA

El médico al igual que otros profesionales de la salud debe mantener fuertes valores en los que resalta la responsabilidad, el respeto y el cuidado no solo consigo mismos sino de manera fundamental con las personas que serán sus pacientes, dichos valores deben ser reforzados con la calidad de salud mental que mantengan, para que de esta manera pueda brindar una mejor atención a quienes acuden a su servicio.

A demás es preciso considerar los valores éticos y morales que conllevan el ejercicio profesional en donde el sigilo y la integridad deben primar para la correcta

evolución del paciente acuñado a los aspectos relevantes de la condición humana, sin ocultar información ni tergiversar la misma, recordando la integralidad del sujeto como ente biopsicosocial. Considerando a Avedis Donabedian, Citado por García, Marco (2010) menciona

...la calidad de la atención de la salud es “el grado por el cual los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”. A su vez y en su opinión “la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grado variable”... (p.6)

Es decir que para alcanzar el éxito deseado al igual que la calidad del profesional este debe poseer ciertas herramientas que lo ayudaran a potenciar su desarrollo laboral como ya lo dice Donabedian la calidad es algo variable ya que dependerá del sujeto en cuestión, y es donde interviene el protagonismo de la calidad de salud mental del médico en cuestión, lo que significa que esto debe ir anclado junto al conocimiento profesional y los valores y aspectos éticos del individuo en el desarrollo de su trabajo.

2.6.FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

La hipocondría se encuentra relacionada con otros trastornos como los del estado de ánimo, pensamiento y somatomorfos, se puede confundir con los trastornos de somatización y dolor psicógeno, y con diversas alteraciones de personalidad. Aunque las quejas físicas se consideran un componente de la hipocondría, la diferencia está en la dimensión cognitiva de esta última referente a la preocupación o idea de tener una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo se ha intentado catalogar a la hipocondría como un tipo de personalidad como menciona Tyrer et al. (1990) Citado en la tesis de Alcalá (2011) refiere

...Han reivindicado el concepto de trastorno hipocondríaco de la personalidad, que no difiere del síndrome definido por la American Psychiatric Association y carece de mucho interés. Estos autores afirman haber identificado un trastorno hipocondríaco de la personalidad en un 2,5% de una muestra de 1000

pacientes hipocondríacos, usando los criterios diagnósticos que el DSM III-R considera típicos del síndrome hipocondríaco. (p.32)

Se debe considerar que ese estudio para determinar la personalidad hipocondriaca se realizó en pacientes diagnosticados con un trastorno hipocondriaco, sin embargo no es contundente para afirmar que la personalidad es la que conlleva al desarrollo de la hipocondría y sus afines, lógicamente ciertas personalidades que coadyuvan al apareamiento de algunos padecimientos psicológicos, pero no son el detonante habitual para este tipo de patologías.

La hipocondría se basa en una distorsión cognitiva, puesto que la enfermedad que dice padecer el paciente se encuentra en el imaginario del mismo, por lo cual existe un primer nivel antes de desarrollar el trastorno como tal, este nivel son las creencias, percepciones e ideas hipocondriacas, es decir un pensamiento que perturba al individuo y lo limita en ciertos aspectos pero que sin embargo no lo mantiene durante un periodo prolongado de tiempo, empero suele ser recurrente sobre todo en un ambiente que propicie este tipo de ideas; considerando este aspecto el contexto hospitalario es óptimo para el desarrollo de este tipo de cogniciones y distorsiones de las mismas, lo cual puede generar un desequilibrio emocional, afectivo y cognitivo en el individuo. Parafraseando a Beck (1979) Citado por Ruiz, José & Cano, José (2007) “...la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas”. (p.16)

Es decir si un individuo padece algún tipo de trastorno este será dictaminado por sus experiencias previas las cuales van a establecer sus sentimientos y su manera de comportarse, por lo que no se puede exponer de manera aislada cada uno de estos componentes sino como un todo, ya que un trastorno debe estudiarse desde el contexto histórico, social, familiar y personal ya que suelen dar el pie al apareamiento de las distorsiones cognitivas u afecciones psicológicas que padece un sujeto en particular.

Cabe destacar que los componentes psicológicos influyen sobre los síntomas físicos parafraseando a Beck (1978) citado por Fernández, R. (2000) menciona que estos sustratos psicológicos alteran los síntomas físicos:

1) Perturbaciones fisiológicas y anormalidades estructurales en las que factores psicológicos y constitucionales combinadamente producen un trastorno, 2) trastornos físicos primarios exacerbados por factores psicológicos y 3) aberración de la sensación o movimiento sin patología demostrable. Esta última categoría incluye un amplio espectro de problemas que van desde el “imaginar somático” a los delirios corporales. Por imaginar somático se refiere este autor a la producción de síntomas físicos a través de procesos psicológicos, por ejemplo, a través de fantasías, los pensamientos acerca de un daño corporal o la identificación con alguien enfermo. (p. 8)

En la última categoría se encontraría las ideas hipocondriacas (sobrevaloradas) en donde las cogniciones producen molestias físicas al individuo, lo cual lo lleva a creer que está padeciendo algún tipo de trastorno orgánico, lo cual irá acompañado de una carga emocional en el caso de la investigación la ansiedad.

De igual manera se debe destacar las consideraciones teóricas de Ellis (ABC) quien menciona que en una distorsión cognitiva generalmente se debe encontrar el acontecimiento, creencia y consecuencia, de esta manera poder identificar el tipo de pensamiento que afecto al sujeto y las posibles consecuencias del mismo, este aspecto es muy útil en el proceso psicoterapéutico; partiendo de dichos postulados se puede direccionar de mejor manera la base de esta investigación.

2.7.FUNDAMENTACIÓN LEGAL

En el Ecuador, en el artículo 23 del código de trabajo, establece jornadas laborales de hasta ocho horas diarias, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño (Código de trabajo

ecuatoriano, 2006). Pese a la existencia de estas guías y de estudios realizados durante la última década, en nuestro país aún existen este tipo de jornadas laborales.

Tomando en consideración la ley orgánica de salud pública del Ecuador (2006) donde se menciona

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

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;

- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento

de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida. (p. 8)

2.8.CATEGORIAS FUNDAMENTALES

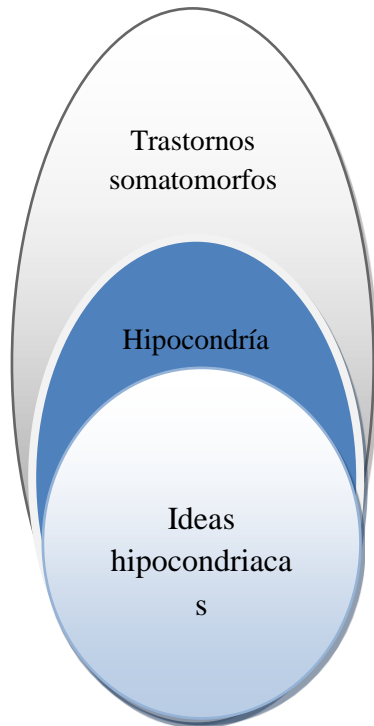
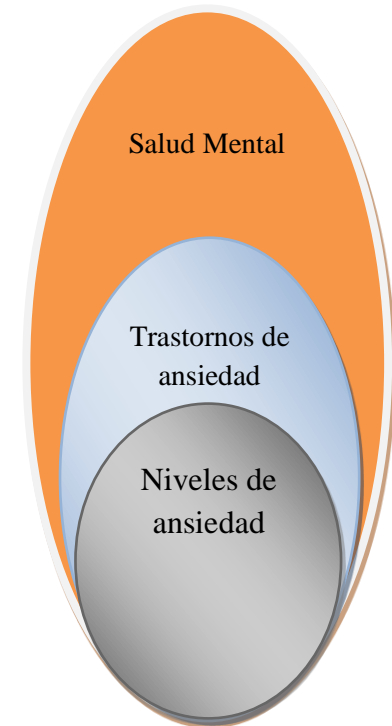


Gráfico n2

Redes de inclusiones conceptuales

Elaborado por: Rafael Silva Q



CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

CONSTELACION DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE

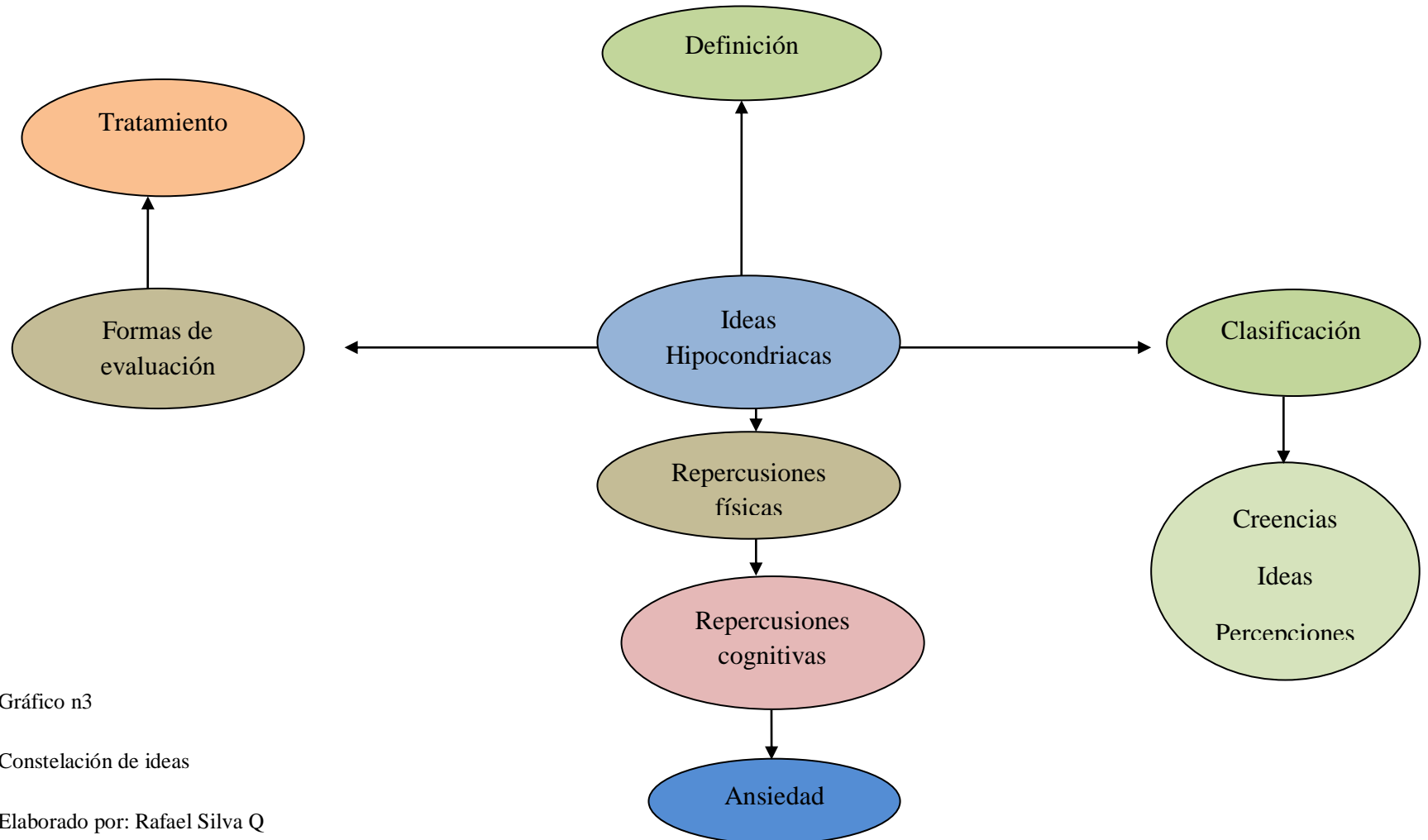


Gráfico n3

Constelación de ideas

Elaborado por: Rafael Silva Q

CONSTELACION DE IDEAS VARIABLE DEPENDIENTE

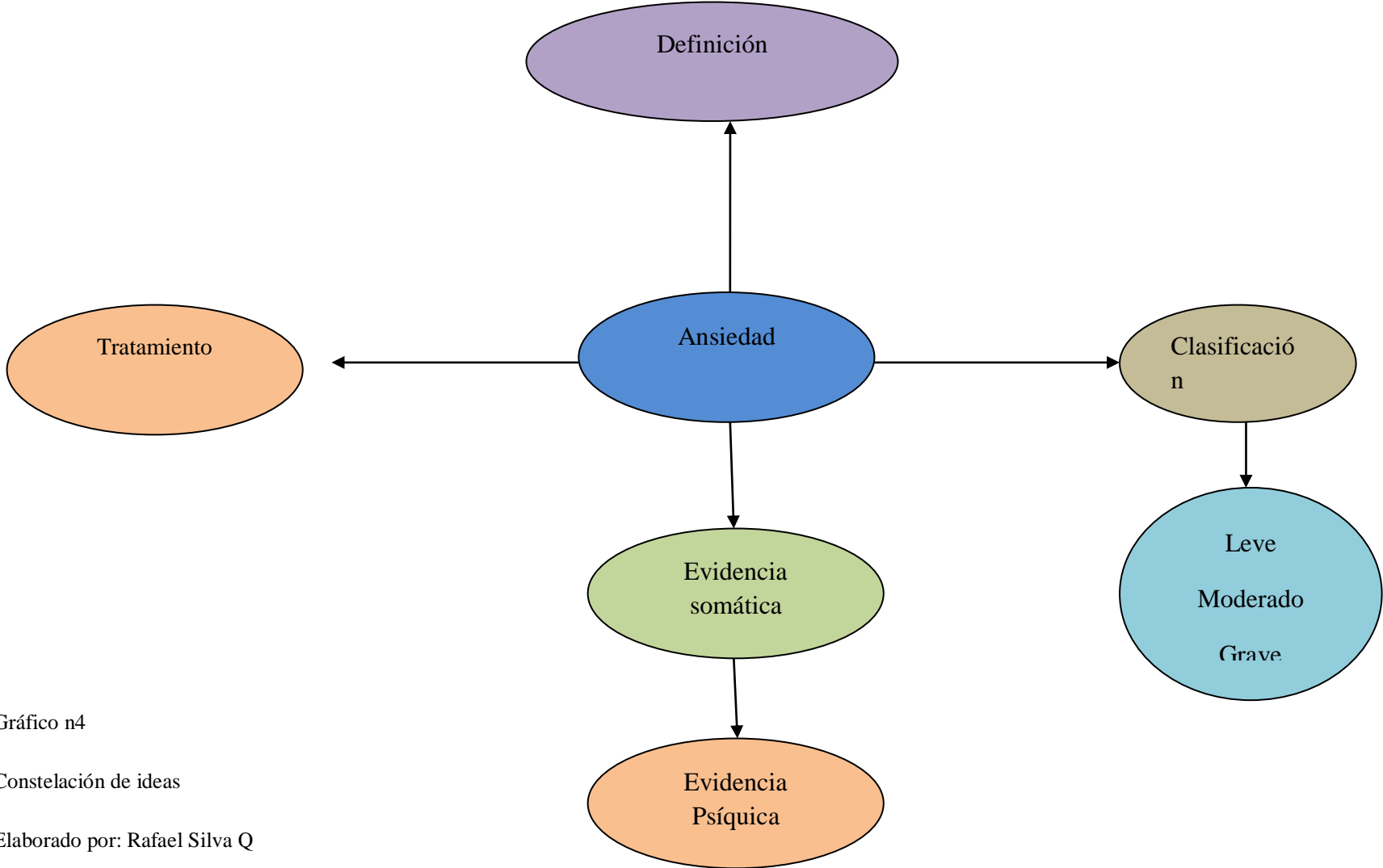


Gráfico n4
Constelación de ideas
Elaborado por: Rafael Silva Q

MARCO CONCEPTUAL

2.8.1. TRASTORNARNOS SOMATOMORFOS

Los trastornos somatomorfos como su nombre lo indica son aquellos que presentan síntomas que podrían revelar algún tipo de trastorno somático, sin embargo dichos síntomas no se pueden explicar mejor posterior a la exploración física y a exámenes de laboratorio, sin embargo las molestias corporales continúan y no presenta mejoría con los tratamientos medicamentosos, por lo cual debe presentar una evidencia sólida de que estos síntomas podrían ser de origen psicológico para que el paciente entre en el diagnóstico de este rubro según Goldman, H. et al (2001) describe que “del 60 al 80% de la población general sufrirá un síntoma somático” (p.369), por lo que todas las personas en un momento determinado sentirán algún malestar, molestia o cambio en su cuerpo, empero puede resultar en algo poco significativo para una parte de la población, ya que lo pueden considerar como un cambio biológico normal o un malestar pasajero, sin embargo el tipo de población que entra en el registro de los trastornos somatomorfos toma más atención de los cambios biológicos en su cuerpo que la población en general. Goldman, H. et al (2001) también manifiesta que “estudios han demostrado que 60% de las visitas al médico en una institución grande estudiada a lo largo de varios años se refirieron a padecimientos para los que no se pudieron descubrir dificultades físicas o bilógicas” (p. 369).

Generalmente este tipo de síntomas tienen una connotación de origen afectivo. Los cuales no han sido identificados ni procesados por el individuo para que exista la elaboración de los mismos; por lo cual estos “síntomas” se manifiestan con un carga de dolor corporal para el individuo como expresa Vallejo, J. et al (2002)

(...) describe un proceso subconsciente por el que el individuo traducía su malestar emocional en quejas somáticas. Así, aparecían una serie de síntomas o signos físicos, de intensidad suficientes para ser considerados clínicamente, y para los que no existía una justificación médica, por lo que se les suponía un sustrato psicológico. (p. 445)

Es decir que al momento en el que el individuo no puede expresar sus emociones, sentimientos y cargas cognitivas estas se traducirán en otro tipo de lenguaje, en ese momento el cuerpo comienza a hablar por el sujeto en cuestión y ese lenguaje será traducido por el dolor corporal, “cuando el hombre no habla, el cuerpo lo hace por él” y para que el dolor merme o desaparezca el paciente deberá resolver sus conflictos internos de tal manera que pueda elaborar aquel síntoma, sin embargo este tipo de pacientes suelen visitar a los médicos para aliviar su dolor evitando los procesos psicológicos y psiquiátricos, pues generalmente existe una negación del malestar psicológico, afirmando que su padecimiento es orgánico y no mantiene una connotación psicológica, en esa misma corriente Vallejo, J. et al (2002) menciona un estudio realizado por Kirmayer & Robbins (1991) en el cual expone que “de un estudio realizado a 685 pacientes detecto que una cuarta parte presentaba algún tipo de somatización agrupándose en: 17% somatizadores, 8% preocupaciones hipocondriacas y el otro 8% presentaciones fundamentalmente somáticas de cuadros ansiosos o depresivos” (p. 447)

Este tipo de padecimientos suele provocar un desgaste afectivo, emocional y cognitivo al individuo muy similar al de los trastornos ansiosos y depresivos, adjuntándole el deterioro social, personal y laboral que provoca, casi invalidando su situación como persona, además que mantiene un uso excesivo de los recursos económicos y sanitarios para mejorar su condición de salud, sin embargo el mismo suele evitar cualquier tipo de acercamiento hacia la ayuda psicológica.

Siguiendo la descripción de Vallejo (2002) y del DSM-IV se establece que dentro de los trastornos somatomorfos se puede identificar dos clases de Trastornos según su predominio y cinco subtipos de trastornos:

- **Trastornos con predominio de síntomas somáticos:** Trastorno de Somatización, Trastorno Somatomorfo Indiferenciado y Trastorno por dolor
- **Trastornos con predominio de síntomas cognitivos:** Trastorno dismórfico corporal e Hipocondría.

2.8.2. TRASTORNOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

2.8.2.1. TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

Este tipo de trastorno suele caracterizarse por presentarse antes de los 30 años de edad con múltiples síntomas físicos sin evidencia de presentar alguna enfermedad orgánica posterior a los estudios necesarios, es considerado crónico, los síntomas pueden ser bastante graves y persistentes lo que provoca un deterioro significativo en el individuo que puede llegar a ser incapacitante vulnerando las relaciones personales y laborales del paciente, existe también el riesgo de condiciones iatrogénicas debido a las constantes visitas de parte del individuo hacia médicos para que le ayuden con su padecimiento, en donde radica el problema es que los médicos no suelen percibir la base psicológica del trastorno por lo cual pueden recetar medicamentos o realizar procedimientos quirúrgicos innecesarios para el individuo con el fin de tratar los trastornos fisiológicos. Para Goldman, H. et al (2001) este trastorno se caracteriza por presentar “síntomas somáticos sin base orgánica” (página 371) (cuadro 22-1), lo cual resulta en un tormento para la persona que lo padece pues este trastorno suele estar ligado a un historial médico complicado cuyos síntomas no están ligados ni descritos de manera adecuada. Para Vallejo, J. et al (2002) el trastorno de somatización presenta

...Una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, neurológicos y de dolor, sin evidencia de causa orgánica que los justifique y sin que tampoco sean simulados ni provocados intencionalmente, ni formen parte exclusiva de otros trastornos psiquiátricos, este trastorno se inicia antes de los 30 años sobre todo durante la adolescencia...es más frecuente en mujeres, aunque también se presenta en varones. (p. 447)

Este trastorno mantiene más síntomas somáticos que cognitivos de lo cual se diferencia de la hipocondría, así también se encuentra primero en el orden jerárquico de este tipo de trastornos.

Los criterios diagnósticos para la somatización según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y La Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>A. Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.</p>
<p>B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:</p> <p>1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto</p>	<p>B. La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.</p>

<p>sexual, o la micción)</p> <p>2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej. náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)</p> <p>3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej. indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)</p> <p>un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)</p>	
<p>C. Cualquiera de las dos características siguientes:</p> <p>1. tras un examen adecuado, ninguno de</p>	<p>C. Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente</p>

<p>los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos)</p> <p>si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio</p>	
<p>D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación). (p. 84-85)</p>	<p>Incluye:</p> <p>Trastorno psicossomático múltiple. Trastorno de quejas múltiples. (p. 68)</p>

Tabla n1

Criterios Diagnósticos de Trastorno de Somatización DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.2.2 TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Este trastorno incluido en el DSM en donde se manifiesta que para cumplir con sus características el individuo debe presentar un síntoma somático y este no haya sido validado por la exploración física y de laboratorio, o sea parte de otro trastorno orgánico o psicológico, este tipo de trastorno puede mantener una comorbilidad con otros tipos de patologías sobre todo en los de personalidad.

Los criterios diagnósticos para el trastorno Somatomorfo Indiferenciado según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. Uno o más síntomas físicos (p. ej. fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).</p>	<p>A. Quejas somáticas múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización.</p>
<p>B. Cualquiera de las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej. droga de abuso o medicación) 2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio 	<p>B. Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas</p>
<p>C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, Laboral o de otras áreas</p>	<p>Incluye: Trastorno psicossomático indiferenciado (p.68)</p>

importantes de la actividad del individuo.	
D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.	
E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico)	
F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación). (p. 84-85)	

Tabla n2

Criterios Diagnósticos de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.2.3. TRASTORNO POR DOLOR

Para los pacientes que se encuentran en este registro el problema central de su manifiesto se basa en un dolor intenso que expresan padecer, y es en donde se centra la atención clínica, sin embargo en este sentido se guzga la existencia de factores psicológicos que haya precipitado el inicio de este trastorno, como lo expresa Vallejo, J. et al (2002)

Se caracteriza por la presencia de dolor como foco predominante de atención clínica, para el que se juzga que haya factores psicológicos que desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación y/o mantenimiento, junto con la ausencia de entidades médicas o mecanismos patógenos conocidos (como en el caso de las cefaleas tensionales) que justifican plenamente la presencia del síntoma. (p. 448)

Por ello para las personas que presentan este trastorno, el dolor físico es donde se enfoca toda su atención y preocupación considerando que el único pesar de la existencia del sujeto es aquel dolor, negando cualquier condición de orden psicológico sin embargo como lo manifiesta Vallejo, J. et al (2002) en este padecimiento “se le asocia con trastornos depresivos mayores en el 25-50% y con distimias y otros trastornos depresivos menores en el 60-100% en las formas crónicas, mientras que las formas agudas se asociarían con mayor frecuencia con trastornos de ansiedad” (p. 448).

Parafraseando a Goldman, H. et al (2001) a diferencia del trastorno conversivo, en el trastorno por dolor para su diagnóstico “no se necesita evidencia de un factor psicológico que pudiera ser el causante del dolor” (p. 379). Generalmente este tipo de pacientes realizan varias visitas al médico o lo realiza de manera simultánea a varios profesionales con el fin de encontrar un diagnóstico para su dolor o alivio para el mismo, sin embargo puede existir el riesgo para un trastorno por uso de sustancias debido a la utilización de medicamentos en los distintos diagnósticos y al igual que en el trastorno por somatización existe el peligro de iatrogenia debido a un diagnóstico errado o un proceso quirúrgico fallido.

Los criterios diagnósticos para el trastorno por Dolor según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
A. El síntoma principal del cuadro	A. Persistencia de un dolor intenso y penoso

<p>clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.</p>	<p>que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.</p>
<p>B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>B. No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIÉ 10</p>
<p>C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.</p>	<p>Incluye: Psicalgia. Lumbalgia psicógena. Cefalea psicógena. Dolor somatomorfo psicógeno.</p>
<p>D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de</p>	<p>Excluye: Dolor sin especificación (R52.-).</p>

<p>lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).</p>	<p>Cefalea de tensión (G44.2). Lumbalgia sin especificación (M54.9).</p>
<p>E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.</p>	<p>(P.70)</p>
<p><i>Especificar el tipo:</i></p> <p>Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.</p> <p>Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.</p>	

<p><i>Especificar (para ambos tipos) si:</i></p> <p>Agudo: duración menor a 6 meses.</p> <p>Crónico: duración igual o superior a 6 meses.</p>
<p>Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.</p> <p>Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.). (p. 86-87)</p>

Tabla n3

Criterios Diagnósticos de Trastorno por Dolor DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.2.4. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Este trastorno se caracteriza por la anomalía o pérdida de una función corporal lo que siguiere un trastorno físico pero en realidad es una expresión de conflicto o necesidad psicológica además este padecimiento no se produce a voluntad propia, es así que Goldman, H. et al (2001) menciona que “El síntoma no está bajo el control

voluntario y no se puede explicar por cualquier trastorno físico o mecánico fisiopatológico conocido” (p. 375) los síntomas de este trastorno generalmente sugieren patología de orden sensorial o motor, este trastorno puede aparecer a cualquier edad, pero de manera más común en el adolescencia y adultez temprana, generalmente su aparición es de manera abrupta en situaciones de presión psicosocial, y es de corta duración, puede ser que exista un episodio único o que este sea recurrente, estos síntomas cuando son crónicos podrían propiciar el apareamiento de enfermedades orgánicas que un inicio pudieran ser solo síntomas del trastorno. Como en los trastornos anteriormente descritos este padecimiento puede resultar sumamente tormentoso y peligroso puesto que se encuentran en riesgo de padecer algún tipo de proceso iatrogénico.

2.8.3. TRASTORNOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS COGNITIVOS

2.8.3.1 TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Citando a Vallejo, J. et al (2002) “Consiste en la preocupación repetida y persistente por un defecto imaginario o exagerado de la apariencia física, que provoca un malestar significativo o se asocia con un deterioro del funcionamiento.” (p.450) generalmente las personas que padecen este tipo de trastornos suelen preocuparse de manera especial por el área del cuello y rostro (arrugas, nariz, piel, entre otros) Sin embargo también enfocan su atención en otras partes del cuerpo, generalmente la apariencia física del individuo no presenta ningún defecto notable, no obstante sí existiera alguno, estos sujetos tienden a preocuparse de manera desproporcionada buscando la atención de otros individuos para calmar su ansiedad, o de ayuda profesional en los que se destacan cirujanos plásticos, odontólogos y dermatólogos para solucionar el defecto, o que este sea menos notorio.

Goldman, H. et al (2001) menciona que “algunos pacientes con este trastorno están conscientes de que sus preocupaciones son exageradas; en otros el trastorno se manifiesta en una intensidad delirante” (p.221) considerando que este padecimiento

tiene mayor connotación cognitiva que corporal, el verdadero malestar se encuentra en la manera como se percibe el individuo así como la no aceptación del esquema corporal, además suele estar ligado a disfunciones emocionales, baja autoestima y trastornos del pensamiento, el inicio de esta patología generalmente se da en la adolescencia y juventud, sin embargo existen casos en los que se propicia desde la niñez, es de inicio paulatino pero en medida que el trastorno evoluciona este suele desembocar en uno crónico. Vallejo, J. et al (2002) menciona que: “En el 90% de los casos se observan episodios depresivos mayores a lo largo de la vida, en el 70% trastornos ansiosos y en el 30% trastornos psicóticos, al igual que fobia social” (p. 450) este tipo de pacientes muestran una respuesta negativa a cualquier tipo de tratamiento quirúrgico o cosmético y afirmando que ha existido un empeoramiento de la anomalía inicial, lo que conlleva a este tipo de personas a un bucle de búsqueda constante de una solución para su disfunción corporal sin que exista una que termine el ciclo, puesto que su insatisfacción suele rotar hacia otra parte del cuerpo, iniciando nuevamente el proceso inicial.

Los criterios diagnósticos para el trastorno por Dolor según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.</p>	<p>Ver cuadro N° 9</p>
<p>B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	

<p>C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa). (p. 88)</p>	
--	--

Tabla n4

Criterios Diagnósticos de Trastorno Dismórfico Corporal DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.3.2. HIPOCONDRIA

Este trastorno se encuentra caracterizado por el miedo de tener o padecer algún tipo de enfermedad física, grave o catastrófica basándose de manera errada en los cambios o síntomas corporales Vallejo, J. et al (2002) menciona que “Los síntomas físicos pueden ser sensaciones corporales normales, percepciones aumentadas del funcionamiento fisiológico, o bien concomitantes somáticos de las emociones” (p.449) los pacientes hipocondriacos están más conscientes de los cambios y del funcionamiento del cuerpo que las demás personas, por lo que si existiera algún cambio o retraso en el funcionamiento del cuerpo estos individuos ya mostrarían características de una ansiedad marcada por el temor de poder pacer algún tipo de enfermedad grave en ese momento, cabe desatacar que la hipocondría suele iniciarse entre los 20 y 30 años de edad, aunque esta puede aparecer en cualquier momento de la vida del sujeto y es de carácter crónico a medida que evoluciona, parafraseando a Vallejo, J. et al (2002) “pueden existir formas transitorias relacionados con periodos de estrés, por lo común la muerte o enfermedad grave de alguien importante para el paciente, o una enfermedad grave pero ya resuelta del propio individuo” (p. 449) empero se debe diferenciar la hipocondría con la preocupación normal de estar enfermo posterior a una exploración negativa del

individuo por parte de un profesional, dicha preocupación se basa en el hecho de sí tener una enfermedad grave y no solo mantener el temor de poderla padecer. Es así que un paciente hipocondriaco conserva la creencia de estar atravesando por una enfermedad grave a pesar de la ausencia de evidencia que pueda afirmar la existencia de la enfermedad orgánica, sin embargo el temor no desaparece.

La hipocondría suele estar asociada con elementos de estrés o presión psicosocial, es así que suele tener mayor incidencia entre miembros de una misma familia, o en un ambiente en el cual exista un contacto continuo con enfermedades graves o catastróficas (entidades hospitalarias, estudiantes de medicina, aseguradoras entre otros) la base de este trastorno es la distorsión de la realidad y de ciertas cogniciones, sin embargo no está considerado dentro del contenido del pensamiento, ni en el curso del mismo, pero dicho trastorno se encuentra limitando o coadyuvando con otro tipo de patologías como lo son el trastorno de pensamiento y de personalidad, el paciente hipocondriaco de manera habitual visita a varios médicos con el afán de corroborar su situación de enfermo, generalmente existe un rechazo hacia la intervención psicológica puesto que aseveran que su malestar es de origen orgánico mas no psicológico, cabe destacar que el cuadro hipocondriaco aparece cuando existe una situación de estrés y el cuadro suele ceder cuando la tensión disminuye; a pesar de la exploración física y los exámenes de laboratorio en los cuales se afirma su bienestar y su condición estable de salud este tipo de pacientes no suelen estar seguros de los resultados y mantienen la creencia de que tienen una enfermedad que aún no ha sido detectada, para que una persona sea diagnosticada con hipocondría, deben existir los síntomas más de seis meses y el cuadro debe aparecer de manera habitual, su estabilidad orgánica debe ser evidenciada posterior a exámenes médicos y de laboratorio, comúnmente este trastorno se encuentra asociado con episodios de ansiedad o depresión.

Los criterios diagnósticos para la Hipocondría según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y La Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<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>A. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente para una deformidad supuesta</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>B. Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes que detrás los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anomalía somática</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>Incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipocondría - Neurosis Hipocondriaca - Nosofobia - Dismorfofobia (no delirante) - Trastorno corporal dismórfico (Página 69)
<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>Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la</p>	

preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada. (Páginas 87-88)	
--	--

Tabla n5

Criterios Diagnósticos de Hipocondría DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.3.2.1. ETIOLOGÍA DE LA HIPOCONDRIA

Existen dos teorías fundamentales de la etiología de la hipocondría: la teoría de la amplificación Somatosensorial y la teoría del aprendizaje social-familiar, siendo las más aceptadas actualmente en el campo de la investigación, la primera como la describe Caballero, L. & Caballero, F, (2008) “La teoría con mayor soporte experimental sostiene que en la base de la hipocondría hay un fenómeno de amplificación somatosensorial anómalo merced al cual las sensaciones corporales anómalas se amplifican y atribuyen erróneamente a enfermedades inexistentes” (p.21)

La teoría de la amplificación Somatosensorial ha sido descrita también por Segovia, N. & Viteri, M. (2010) manifestando que “la hipocondría resulta del aumento de las sensaciones corporales normales. De las cuatro hipótesis esta ha despertado mayor interés de investigación: los pacientes hipocondriacos podrían aumentar sus sensaciones somáticas normales y, atribuirles algún tipo de patología”. (p. 20-21); por lo tanto esta teoría afirma lo ya descrito con anterioridad en donde se exponía que los pacientes con este trastorno distorsionan procesos somáticos naturales y lo perciben como una posible enfermedad, sin embargo los cambios percibidos no resultan desembocar en una anomalía grave, esta distorsión se basa en una falsa o errada percepción de la realidad; en psicología este aspecto sería descrito como una distorsión cognitiva, empero esta realidad no es aceptada por quienes lo padecen y buscan la solución para sus complicaciones en el ámbito hospitalario clínico rechazando el acercamiento psicológico.

La Teoría del aprendizaje social-familiar estipula que la hipocondría sería el resultado de una conducta aprendida/reforzada por el individuo y el medio que lo rodea, la cual constituye una parte fundamental en el comportamiento del sujeto, de igual manera como menciona Segovia, N. & Viteri, M. (2010)

(...) un paciente aprende sobre el rol de la enfermedad y el reforzamiento de la misma a través del contacto social o 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. (p.22)

Es decir que el paciente hipocondriaco interioriza aquella imagen, y percibe que la manera de obtener atención y gratificación es mediante la enfermedad, sin embargo esta conducta no se la realiza de manera intencional sino de forma inconsciente, puesto que es algo natural para estos individuos.

Sin embargo la hipocondría presenta tres rasgos específicos, el tipo de ansiedad que será la respuesta al temor de tener o poder padecer algún tipo de enfermedad grave, el tipo de cognición que presente al interpretar de manera errónea los cambios en el cuerpo, y la presencia de conductas compensatorias como la búsqueda de la atención médica, apoyo en familiares y amigos para reafirmar su percepción de enfermedad así como la búsqueda de signos y síntomas de la supuesta enfermedad en material bibliográfico-informativo (libros, internet, televisión, revistas de salud entre otros).

2.8.3.3. HIPOCONDRIA SECUNDARIA

Cabe destacar que varios autores como Caballero (2008), Vallejo(2002), Barsky (1987) afirman la existencia de otro tipo de Hipocondría, definiéndola como hipocondría secundaria término acuñado por Barsky posterior a una de sus investigaciones, parafraseando a Barsky et al (1987) menciona que “Se describe como hipocondría secundaria o transitoria a aquella que no cumple con todos los criterios diagnósticos pero que afecta al individuo en su bienestar” (p.45) es decir un

sujeto puede ser catalogado con hipocondría secundaria o transitoria sin necesidad de que cumpla con todos los signos y síntomas de la hipocondría como trastorno.

La hipocondría secundaria puede aparecer en el sujeto por diversas razones como lo describe Pastorelli, V. (2011) en su publicación mencionando que las razones pueden deberse a: Trastornos Psiquiátricos (Depresión mayor, Trastorno de angustia, Trastorno de ansiedad generalizada, Esquizofrenia) Sucesos Vitales (Sucesos vitales mayores, Reacción al duelo, En Allegados o cuidadores de moribundos, En estudiantes de medicina) Trastornos Médicos (Enfermedad terminal, Recuperación tras enfermedad que amenaza la vida) (p.10). En este mismo sentido encontramos dos términos que similares que se incluirán en este rubro como lo son Preocupaciones Hipocondriacas e Ideas Hipocondriacas.

2.8.3.4. PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS

Producen un malestar significativo en el sujeto, llegando a alterar emociones, cogniciones y conductas, son de carácter pasajero pero suelen aparecer en distintos periodos acompañados de temor o angustia por la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad, empero este malestar no dura mucho tiempo en el individuo, estas preocupaciones suelen estar ligadas a situaciones estresantes o un ambiente concomitante de la situación en donde exista observación y reforzamiento del estímulo parafraseando a Fernández, R. & Fernández, R. (2001) “La preocupación hipocondriaca puede afectar el desempeño diario y la manera de afrontar la vida, la preocupación por la salud es completamente normal, pero al momento que esta ocupa la mayor parte del tiempo y afecta a terceros es un problema” (p. 47) las preocupaciones hipocondriacas tienen una carga más cognitiva que corporal en sus síntomas aunque los mismos se pueden manifestar a través del cuerpo ya que tienen una estrecha relación con los trastornos ansiosos, de igual manera las preocupaciones hipocondriacas se basan en una imagen o idea preconcebida de una enfermedad específica generalmente grave o catastrófica, sin embargo dicha idea se encuentra distorsionada o con una falsa percepción.

2.8.3.5. IDEAS HIPOCONDRIACAS

Una idea es una representación mental que surge a partir del razonamiento o de la imaginación de una persona. Está considerada como un acto básico del entendimiento, tendrá estrecha relación con el conocimiento previo de una situación y a la experiencia con el medio que lo rodea, lo cual ayudara a configurar y a concebir la misma. De igual manera se debe explorar el aspecto patológico irracional o distorsionado de las ideas, en este sentido se debe diferenciar las delirantes y las sobrevaloradas, la primera tiene un carácter de inflexibilidad y convicción total por parte del individuo como lo dice Fernández Goñi (2010) mencionando que:

Idea delirante. Es una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto. (...) **La idea hipocondriaca o Somática.** Es una idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo. (p.181)

Debido a la convicción y el carácter inflexible de este tipo de ideas delirantes hace difícil la reestructuración cognitiva del individuo ya que el mismo se encuentra plenamente convencido de la existencia de la anomalía; este tipo de ideas delirantes son concomitantes de otras patologías como los trastornos psicóticos, de personalidad, somatomorfos y del pensamiento, según Kaplan (2000) citado por Dell’Innocenti, V. (2009) menciona que las ideas delirantes hipocondriacas “se refiere a la creencia falsa del funcionamiento del cuerpo” (p.39) es decir este concepto continua con la línea desarrollada acerca de la hipocondría y su base en la percepción de la enfermedad, aunque este tipo de ideas puede presentarse en el individuo son de carácter crónico y resulta más común en pacientes psiquiátricos.

Existe otro tipo de ideas que se encuentran limitando la hipocondría secundaria o transitoria y las ideas delirantes hipocóndricas, esta clasificación ha sido denominada como Ideas sobrevaloradas de tipo hipocondriaco.

2.8.3.6. IDEAS SOBREALORADAS HIPOCONDRIACAS

Son creencias irracionales sin argumentos que son sostenidas por el individuo pero de menor intensidad que un delirio, ya que este tipo de ideas pueden revertirse, sin embargo suelen ser recurrentes, como menciona Caballo, F. (2000)

La idea sobrevalorada hace referencia a una idea comprensible y aceptable (teniendo en cuenta la procedencia social, cultural y educacional de la persona) que es sostenida con una convicción más allá de lo razonable, a pesar de la realidad objetiva inclina a pensar lo contrario (...) suelen emerger en el contexto de una intensa sobrecarga emocional (ira, depresión, ansiedad) (p. 216)

La mayoría de personas en algún momento presentaran ideas sobrevaloradas de un aspecto específico, sin embargo aquellas que se encuentran un ambiente de estrés psicosocial (hospitales, carreras de ciencias de la salud, empresas aseguradoras entre otros) muestran una mayor vulnerabilidad debido que su realidad los expone de manera cercana a la intervención con cierto tipo de patologías graves y catastróficas.

La idea sobrevalorada se distingue de la idea delirante por la intensidad con la que se sostiene dicha creencia es menor intensidad y puede llegar a ser corregida con la explicación adecuada, el conocimiento necesario y las pautas de intervención acordadas para el individuo, además que la idea sobrevalorada tiende a ceder cuando la situación emocional del sujeto vuelva a la normalidad.

Una idea sobrevalorada de tipo hipocondriaco o idea hipocondriaca se describe según Caballo, F. (2000) como una “interpretación no realista de signos y sensaciones físicas enjuiciadas como anormales y que conducen una preocupación derivada del temor o la convicción de padecer una enfermedad” (p.216)

Es decir que una idea hipocondriaca es una distorsión cognitiva acerca del funcionamiento del cuerpo y estado de salud en un momento determinado, sin embargo esta idea no perdura en el tiempo y puede transformarse de una idea a otra pero manteniendo la preocupación por el estado de salud del individuo, pero estas cogniciones pueden ser reestructuradas de manera adecuada.

Cabe destacar que los componentes psicológicos influyen sobre los síntomas físicos parafraseando a Beck (1978) citado por Fernández, R. (2000) menciona que estos sustratos psicológicos alteran los síntomas físicos:

1) Perturbaciones fisiológicas y anormalidades estructurales en las que factores psicológicos y constitucionales combinadamente producen un trastorno, 2) trastornos físicos primarios exacerbados por factores psicológicos y 3) aberración de la sensación o movimiento sin patología demostrable. Esta última categoría incluye un amplio espectro de problemas que van desde el “imaginar somático” a los delirios corporales. Por imaginar somático se refiere este autor a la producción de síntomas físicos a través de procesos psicológicos, por ejemplo, a través de fantasías, los pensamientos acerca de un daño corporal o la identificación con alguien enfermo. (p. 8)

En la última categoría se encontraría las ideas hipocondriacas (sobrevaloradas) en donde las cogniciones producen molestias físicas al individuo, lo cual lo lleva a creer que está padeciendo algún tipo de trastorno orgánico, lo cual irá acompañado de una carga emocional en el caso de la investigación la ansiedad.

2.8.4. SALUD MENTAL

Para poder definir un concepto claro de salud mental, se debe primero establecer lo que es salud, la OMS (2001) define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de malestar o dolencia” (p.1)

Partiendo de este premisa se puede realizar un acercamiento a la salud mental, sin embargo no se puede elaborar un concepto universal de salud mental, que satisfaga a todos ya que se debe respetar ideologías, creencias y aspectos culturales, sin embargo la OMS (2001) ha establecido un acercamiento a dicha conceptualización definiendo como salud mental a “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de

realizar una contribución a su comunidad” (p.1) siendo este la base para la evaluación de la correcta salud mental de un individuo.

La OMS sugiere que las consideraciones adecuadas para la salud mental, van más allá de no presentar algún tipo de desequilibrio mental además menciona que:

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas (p. 14)

Es así que la salud mental es el eje fundamental para que un individuo sea productivo para sí mismo y para la sociedad, tomando en consideración que para la existencia de la misma, la persona debe encontrar un equilibrio entre sus emociones, cogniciones, conducta y salud física, parafraseando a la OMS “Sin salud mental no hay salud”.

2.8.4.1. SALUD MENTAL EN EL ECUADOR

Según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador (IESM) realizado por el Ministerio de Salud Pública, la Organización Panamericana de Salud y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS realizado en el año 2008 manifiesta que en el país no existe una ley de Salud Mental como parte de la ley orgánica de salud pública, sin embargo en algunos artículos se menciona algo de salud mental en relación al consumo de estupefacientes, personas con discapacidad, entre otros, donde se expresa los derechos y amparo del paciente, en esta secuencia se menciona que:

En los lineamientos de la Política de Salud Mental se señala el respeto a los derechos humanos de los pacientes, sin embargo, a pesar de esta declaración, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios con los pacientes y sus familiares en relación con los derechos humanos. De igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema. (p.10)

Generalmente los pacientes que presentan trastornos de origen biológico son tratados con mayor atención pues se les brinda un mejor cuidado por parte de los profesionales y familiares del mismo, empero con los pacientes con algún desorden

mental las cosas cambian de manera significativa aunque no se vulneran sus derechos, la atención recibida y cuidados no es comparable con otro tipo de pacientes, una de las mayores causales es sin duda el desconocimiento del cuidado adecuado para este tipo de sujetos, y como menciona el IESM es por la falta de información y formación hacia el personal de salud y familiares de los pacientes ya que no existe la difusión adecuada para la salud mental en general.

Uno de los problemas que presenta la Salud Mental en el Ecuador es que los servicios que prestan este tipo de cuidados se encuentran focalizados en ciertos lugares la IESM (2008)

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo. (p. 12)

Lo cual no permite una correcta atención y difusión de la salud mental en las distintas regiones del país, provocando un deterioro en la misma, la atención primaria en este campo ha sido casi invalidada pues no se gestiona de manera adecuada; uno de los aspectos a resaltar es que en atención secundaria en los hospitales públicos del país se está realizando de manera satisfactoria ya que en atención ambulatoria y consulta externa el porcentaje ha aumentado, es decir el diagnóstico y tratamiento está encausado por buen camino sin embargo la prevención y cuidados adecuados de salud mental no ha tenido el impulso que necesita, empero desde el año 2011 el MSP ha promovido la atención del área psicológica en todos los centros, sub-centros y puestos de salud pero no ha existido el impacto necesario que la población.

Cabe destacar también que según datos del IESM (2008) menciona que “En las escuelas de medicina del Ecuador, el promedio dedicado a la formación de las materias relacionadas con la Salud Mental y Psiquiatría alcanza al 4.6% de toda la carrera” (p.20) lo cual implicaría un riesgo para el médico en formación y los futuros pacientes del mismo, considerando que el porcentaje es bastante bajo en comparación a la importancia de aquel conocimiento, de tal manera que se pone en riesgo la

estabilidad de la salud mental del futuro profesional y la población en general, ya que no puede ser replicado.

Una de las principales dificultades que afronta la difusión de la salud mental en el país es la falta de políticas que apoyen a esta, como derecho y obligación para cada ciudadano, aunque el direccionamiento del último periodo legislativo ha sido el impulso de la Salud Mental como parte del plan de salud pública aún existen muchos escollos que impiden el correcto desarrollo de la misma, así el IESM (2008) concluye que:

Las debilidades del sistema radica en la baja asignación presupuestaria, la carencia una legislación específica, la falta de programas permanentes de promoción de la salud mental, la incipiente participación de la comunidad, la ausencia de organizaciones de familiares o ex pacientes, la inadecuada difusión y correlación de los derechos humanos en la atención psiquiátrica y la franca tendencia a la medicalización de todos los problemas. (p.29)

La Salud Mental en el Ecuador ha tenido una mejoría comparando la historia anterior en este sentido sin embargo aún se debe incitar la promoción de salud, para todos los ciudadanos iniciando por personal de salud, para que ellos mantengan un equilibrio general y el mismo pueda ser replicado a los demás.

2.8.5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción natural en los individuos para la supervivencia y la conservación de la especie, sin embargo las reacciones de la ansiedad pueden alcanzar niveles poco adaptativos en determinadas situaciones afectando al individuo y a terceras personas, es en ese momento cuando aquellas manifestaciones ansiosas se traducen a un trastorno de ansiedad.

Cuando la ansiedad no muestra control y a su vez produce una descompensación en el sujeto pueden eclosionar en otros tipos trastornos tanto físicos como psicológicos, en los físicos resaltan los trastornos: cardiovasculares, digestivos, respiratorios entre otros; mientras que en los psicológicos obviando los de ansiedad

propriadamente, se ubican los trastornos: del estado de ánimo, adicciones, de la alimentación, somatomorfos, entre otros

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Canadiense (CPA) (2006) “Los trastornos mentales más comunes son los trastornos de ansiedad” (p.8), así también la OMS (2005) manifiesta que “En atención primaria existe una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad” (p.26),siendo el de mayor incidencia en este rubro; este tipo de trastornos tienen un inicio más acelerado a comparación de otro tipo de patologías pues esta se puede presentar desde los 15 años llegando a su punto mayor de prevalencia desde los 25 años hasta los 45 años según un estudio realizado por la OMS en el año 2004.

En un estudio realizado por la OPS en el año 2006 sobre Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe manifiestan que entre los Trastornos de ansiedad más frecuentes se encuentran:

...el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC (p.32)

2.8.5.1. ATAQUE DE PÁNICO

Es una enfermedad real que puede ser tratada de manera adecuada con psicoterapia y en algunos casos cuando la enfermedad se torna crónica con fármacos según describe Vallejo, J. (2002) los ataques de pánico “Son episodios súbitos de aparición diurna o nocturna caracterizados por una descarga neurovegetativa, intenso agobio moral, frecuente vivencia de muerte, ansiedad y eventualmente inquietud psicomotriz, cuya duración no sobrepasa los 15-30 min.” (p, 386) este tipo de pacientes con frecuencia refieren tener un temor un intenso a morir debido al poco control que en ese momento presentan frente al cuerpo, lo describen como un momento de angustia intensa la cual según refieren los investigadores tiene un origen endógeno.

Los criterios diagnósticos para el Ataque de Pánico según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y La Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<ol style="list-style-type: none"> 1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca 2. sudoración 3. temblores o sacudidas 4. sensación de ahogo o falta de aliento 5. sensación de atragantarse 6. opresión o malestar torácico 7. náuseas o molestias abdominales 8. inestabilidad, mareo o desmayo 9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo) 10. miedo a perder el control o volverse loco 11. miedo a morir 12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) 13. escalofríos o sofocaciones 	<p>A. Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40</p>

<p>Especificar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. con agorafobia 2. sin agorafobia (p. 74) 	<p>B. Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo. b. No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles. c. En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.
	<p>Incluye:</p> <p>Ataques de pánico.</p> <p>Estados de pánico. (P.43)</p>

Tabla n6

Criterios Diagnósticos de Ataque de Pánico DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.2. FOBIA ESPECÍFICA

Es un temor exacerbado que presenta una persona ante una situación u objeto específico sea este real o hipotético, donde el individuo pierde el control de sí mismo debido al terror que causado por ese estímulo, Vallejo, J. (2002) define a la fobia específica como:

...temores acusados persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por la presencia o anticipación de un objeto o anticipación específicos (...) La exposición al estímulo fóbico provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad la de crisis de angustia situacional. La evitación fóbica es notable en estos

casos, y al margen de los estímulos fóbicos el sujeto se encuentra perfectamente sin ansiedad. (p.400)

Es así que la persona que mantenga algún tipo de fobia específica va evitar exponerse a dicho estímulo, de tal manera pueda llevar una vida tranquila, sin embargo si este apareciere el descontrol se apoderaría del individuo, por lo cual es necesario que este tipo de pacientes tengan una intervención psicológica y poder superar aquellos temores.

Los criterios diagnósticos para Fobia Social según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y LA Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej. volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).</p>	<p>a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.</p>
<p>B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.</p>	<p>b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.</p>
<p>C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.</p>	<p>c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.</p>

<p>Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.</p>	
<p>D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.</p>	<p>Incluye:</p> <p>Zoofobias.</p>
<p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo</p>	<p>Claustrofobia.</p> <p>Acrofobia.</p> <p>Fobia a los exámenes.</p> <p>Fobia simple. (p.42)</p>
<p>F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.</p>	
<p>G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"> • trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación) • trastorno por estrés posttraumático (p. ej. evitación de estímulos 	

<p>relacionados con un acontecimiento altamente estresante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • trastorno de ansiedad por separación (p. ej. evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej. evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas) • trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia. 	
<p>Tipos:</p> <p>Tipo animal</p> <p>Tipo ambiental (p. ej. alturas, tormentas, agua)</p> <p>Tipo sangre-inyecciones-daño</p> <p>Tipo situacional (p. ej. aviones, ascensores, recintos cerrados)</p> <p>Otros tipos (p. ej. evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas). (p.76-77)</p>	

Gráfico n7

Criterios Diagnósticos de Fobia Específica DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.3. FOBIA SOCIAL

Es un temor exacerbado al hecho de presentarse al mundo con personas que desconoce, intervenir en actos públicos debido al temor de exponerse a hechos embarazosos o humillantes para el sujeto, por lo que tiende a evitar este tipo de situaciones, Vallejo, J. (2002) define a la fobia social como:

...temor acusado y por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás (...) teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. (p.399)

Este tipo de fobia provoca en el individuo un limitado entorno social, la evitación puede ser tan extrema que el sujeto puede culminar su vida completamente solo provocando un deterioro marcado en su ámbito social, personal, familiar y laboral; este trastorno puede ser concomitante de otras patologías en especial las de personalidad.

Los criterios diagnósticos para Fobia Social según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus	A. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

<p>capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto</p>	
<p>B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.</p> <p>B. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.</p>	
<p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.</p> <p>Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.</p> <p>e) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.</p>	
<p>D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p>	<p>Incluye: Antropofobia. Neurosis social. (p. 44)</p>
<p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o</p>	

<p>actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p>	
<p>F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.</p>	
<p>G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).</p>	
<p>H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej. el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa)</p>	
<p>Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por</p>	

evitación) (p.77-78)	
----------------------	--

Tabla n8

Criterios Diagnósticos de Fobia Social DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.4. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Este trastorno está compuesto por dos aspectos fundamentales, en un principio se encuentra las obsesiones que son pensamientos e imágenes recurrentes que generalmente no se encuentran aceptadas o bien vistas en el ámbito social, Goldman, H. (2001) las describe como “ideas intrusivas, imágenes o impulsos repetitivos. Estas comúnmente se centran en dañar a los demás, adquirir o diseminar contaminación, ideas vagas, dudas acerca de haber ejecutado las tareas rutinarias de manera apropiada, y transgredir las normas sociales.” (p.358) estas obsesiones suelen generar una gran ansiedad en el individuo y para que esta baje, la persona generalmente recurre a conductas que pueden llegar a ser estereotipadas o ritualistas, lo cual constituye el segundo factor de este trastorno siendo conocidas como compulsiones, Goldman, H. (2001) en su libro expresa que:

Los rituales compulsivos son pensamientos o actos repetitivos que se ejecutan de manera usual para disminuir la ansiedad u otro malestar asociado con las obsesiones. Los actos quizás sean sensatos en lo abstracto, pero la frecuencia y duración de su repetición los hacen repugnantes e inconvenientes, incluso incapacitante. (...) si se les impide llevar a cabo un ritual los individuos obsesivos compulsivos se vuelven ansiosos. (p.358)

Generalmente los rituales de la compulsión se producen posterior a una idea obsesiva sin embargo no siempre es así, este tipo de trastorno puede imposibilitar al sujeto debido a que los rituales e ideas obsesivas ocupan la mayor parte del tiempo de la persona, por lo que suelen dejar de lado a la familia, empleo y relaciones sociales.

Los criterios diagnósticos para Trastorno Obsesivo-Compulsivo según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta

edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:</p> <p>Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos 2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos 4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento) 	<p>A. Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.</p>

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido

B. Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o

<p>que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.</p> <p>Nota: Este punto no es aplicable en los niños.</p>	<p>actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.</p>
<p>C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.</p>	<p>e) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).</p>
<p>D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).</p>	<p>d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.</p>
<p>E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o</p>	<p>Incluye: Neurosis obsesivo-compulsiva. Neurosis obsesiva.</p>

de una enfermedad médica.	Neurosis anancástica.(p. 56-57)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. (p.78-79)	

Tabla n9

Criterios Diagnósticos de Trastorno Obsesivo Compulsivo DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.5. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Este trastorno se suele presentar posterior a la vivencia de un acontecimiento traumático que ha marcado a la persona, dicho proceso a dejado secuelas psicológicas en el individuo, lo cual le llevan a revivir ese evento de manera reiterada de diferentes maneras, generalmente todos los individuos se encuentran expuestos a eventos que pueden marcar sus vidas sin embargo no todos desarrollan este trastorno, según Goldman, W. (2001)

Este trastorno se caracteriza por presentar episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de entumecimiento y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. (p. 361)

Las personas que padecen este trastorno muestran una ansiedad desmedida llegando a un temor que no pueden controlar por lo cual evitan las situaciones que recuerden o representen el acontecimiento traumático. Los recuerdos traumáticos pueden ser vivenciados a través de sueños y reminiscencias siendo estas espontaneas

o recurrentes, en algunos casos son provocados por un estímulo externo lo causándole una crisis individuo en ese momento.

Los criterios diagnósticos para Trastorno por Estrés Postraumático según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados 	<p>A. Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan 	<p>B. Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con</p>

<p>malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma</p> <p>2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible</p> <p>3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico</p> <p>4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</p> <p>5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que</p>	<p>embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.</p>
---	--

<p>simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</p>	
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6. restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor) 7. sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, 	

<p>formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)</p>	
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indicados (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. irritabilidad o ataques de ira 3. dificultades para concentrarse 4. Hipervigilancia 5. respuestas exageradas de sobresalto 	<p>Incluye: Neurosis traumática. (p.58)</p>
<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p>	
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	
<p>Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como</p>	

mínimo 6 meses.(p. 79-80)	
---------------------------	--

Tabla n10

Criterios Diagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.6. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Este trastorno se caracteriza por un nivel intenso de ansiedad y temor en el individuo posterior a la vivencia traumática de un suceso vital en el individuo, se diferencia del TEPT debido a su duración, ya que el trastorno por estrés agudo presenta los síntomas con una duración menor a seis meses, y se presenta casi de manera inmediata posterior a la experiencia acontecida, Lorr (1986) lo define como:

...una respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas cercanas a él, o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo. (p.345)

Bajo estas circunstancias cualquier individuo lo podría padecer ya que este trastorno generalmente no es concomitante con otras patologías, sin embargo el trastorno por estrés agudo supera los límites de control de ansiedad del individuo lo cual le puede provocar un deterioro personal, social, laboral y familiar.

Los criterios diagnósticos para Trastorno por Estrés Agudo según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el	1. Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente

<p>que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos 	<p>estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato</p>
<p>B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional 3. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido) 4. desrealización 5. despersonalización 6. amnesia disociativa 	<p>a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.</p>
<p>C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento</p>	<p>b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días</p>

traumático.	
D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).	Incluye: Crisis aguda de nervios. Reacción aguda de crisis. Fatiga del combate. "Shock" psíquico. (p.58-59)
E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal)	
F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.	
G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.	
H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. (p.80-81)	

Tabla n11

Criterios Diagnósticos de Trastorno por Estrés Agudo DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.5.7. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza por presentar un ansiedad excesiva poco controlada pero que aparece de manera fluctuante, sin embargo esta produce un deterioro considerable en las areas de desempeño del individuo y en las principales esferas del mismo como son: la familia, trabajo, relaciones sociales, entre otras; para ser considerado como trastorno el mismo debe presentar los síntomas más de seis meses; el sujeto que padece este trastorno llega a acostumbrarse a mantener un pensamiento repetitivo, con escaso control y se muestra notablemente improductivo. Goldman, H. (2001) menciona que “el trastorno de ansiedad generalizada puede ser el reflejo de una lucha inconsciente relacionado con conductas, emociones o estados de ánimo peligrosos” (p.365), este trastorno puede llegar a ser crónico para el individuo, y en muchos casos incapacitantes si este padecimiento no es tratado.

Los criterios diagnósticos para Trastorno de Ansiedad Generalizada según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE10) son:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE10
A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.	a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, entre otros).
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.	b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas	c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea,

<p>siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).</p> <p>Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. inquietud o impaciencia 2. fatigabilidad fácil 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco 4. irritabilidad 5. tensión muscular 6. alteraciones del sueño 	<p>molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, entre otros).</p>
<p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p>	<p>En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)</p>
<p>E. La ansiedad, la preocupación o los</p>	<p>Incluye:</p>

síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.
F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. (p.82)	Excluye: Neurastenia (p.43-44)

Tabla n12

Criterios Diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM-IV, CIE-10

Elaborado por: Rafael Silva Q.

2.8.6. NIVELES DE ANSIEDAD

2.8.6.1. ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta psicofisiológica normal que permite al individuo reaccionar de manera más rápida y oportuna si este corriera alguna clase de peligro, la ansiedad permite al sujeto adaptarse a situaciones nuevas y desconocidas para él, sin embargo cuando esta respuesta psicofisiología alcanza niveles en donde el sujeto ya no puede controlarla se convierte en un trastorno de ansiedad, y existen niveles de la misma para su correcta evaluación según Hamilton (1950) se destacan la Ansiedad leve, moderada, grave y muy grave.

2.8.6.2. ANSIEDAD LEVE

Es una ansiedad manejable la cual no proporciona distracción aparente para el individuo ni muestra un deterioro significativo para sí mismo ni para quienes lo rodean, en este nivel las personas se muestran alertas y pueden desenvolverse de manera adaptativa en cualquier situación nueva para ellos.

2.8.6.3. ANSIEDAD MODERADA

Es tipo de ansiedad muestra ya un deterioro en el individuo acerca de un pensamiento o situación por la que este atravesando, lo cual indispone a la persona, y no le permite ser tan proactivo como de manera cotidiana, puede representar un problema en su desenvolvimiento personal, social y laboral, para este sujeto es difícil controlar esa ansiedad bajo algunas circunstancias, además que lo predispone a padecer cierto tipo de trastornos que son concomitantes con la ansiedad, por lo cual el sujeto necesita de intervención psicológica para sobrellevar la ansiedad y elaborar el problema que la produce.

2.8.6.4. ANSIEDAD GRAVE

En este nivel la ansiedad marca protagonismo para la persona, esta ha producido un deterioro significativo en las esferas fundamentales del sujeto (social, laboral familiar, académico) generalmente sus pensamientos y emociones están direccionados por la ansiedad, esta se presenta de gran intensidad, puede ser fluctuante en el sujeto, esta ansiedad podría potenciarse por el ambiente, por pensamientos, o por emociones no elaboradas, lo cual le producen en el sujeto este malestar como respuesta a aquel acontecimiento, en este punto el individuo debe cumplir con un tratamiento psicoterapéutico y en algunos caso la intervención farmacológica, y de esta manera alcanzar un equilibrio que le permita continuar con sus actividades y pueda desarrollarse de manera adecuada.

2.8.6.5. ANSIEDAD MUY GRAVE

Este tipo de ansiedad es incapacitante para la persona que la padece, puesto que ya no puede realizar sus actividades cotidianas; la ansiedad y el temor que esta produce en el individuo le impide desarrollarse de manera adecuada y adaptativa, el paciente es controlado por su padecimiento y necesariamente debe existir una intervención farmacológica y psicológica de manera conjunta para la recuperación y un futuro restablecimiento de la persona.

2.8.7. MÉDICOS RESIDENTES

Los médicos residentes en su desempeño laboral están expuestos a varias complicaciones poniendo en riesgo su seguridad e integridad, lo cual no se limita a factores biológicos y físicos sino a un deterioro en el área psicosocial y afectiva; para los médicos residentes el agotamiento no se basa exclusivamente en el esfuerzo físico, también en el intelectual, pues se debe considerar que son de los pocos profesionales que mantienen un trabajo diurno y nocturno acuñándole el hecho que en sus manos se encuentra el bienestar de otro ser humano, empero en el desarrollo laboral se ha restado importancia al efecto psicológico y al impacto que tiene sobre estos individuos la responsabilidad de su rubro, por lo que las políticas de cuidado en el trabajo que se manejan habitualmente son las de seguridad biológica, mientras que la salud mental son casi inexistentes, en un estudio realizado por Pugno (1981) citado por Merino, P. (2009) que “los médicos residentes presentan mayores niveles de ansiedad, depresión e inestabilidad emocional” (p.9) además cabe destacar que el nivel de estrés de los médicos residentes según Firth, C. (2000) mencionado por La Fuente (2006) citados por Merino, P. (2009) se encuentra que “entre el 32% y el 42% con una estabilidad del 30%. Estos estudios demuestran que el nivel de estrés de los profesionales de la salud es superior al del resto de la población que se sitúa alrededor del 18%” (p.9-10) .

Así también Merino, P. (2009) afirma que:

“Existe una idea errónea dentro de los médicos residentes y posgradistas de que los factores de riesgos laborales se reducen a biológicos y físicos, restando la importancia que se merecen los factores psicosociales, probablemente debió a que por parte de los responsables se les ha informado y capacitado en materia de riesgos del trabajo únicamente en medidas de bioseguridad”(p.11)

Sin embargo el desgaste emocional, cognitivo y físico de los médicos residentes es evidente pues las cargas laborales son más extenuantes que las de otros trabajos además que el ambiente y la presión social les acuña una carga adicional así como los periodos de guardia que realizan cada tres o cuatro días con una duración de 24 horas.

2.8.8. INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA

Estas personas son quienes ya están próximos a culminar su carrera universitaria y como parte del programa de estudios deben realizar un año de prácticas profesionales en un hospital designado, dichos individuos suelen ser vulnerables ya que muchas de las veces les toca dejar su ciudad natal, para realizar dicho trabajo, lo cual implica una ciudad desconocida, escasa relación social y carencia de afecto; como menciona la Fundación Galeta (2006) citada por Merino, P. “el 30% de los IRM estaría en situación de riesgo psicológico” (p.9) lo cual si es relacionado con el escaso control y proporción de salud mental para estas personas, sin duda se convierte en una población en riesgo.

2.8.9. PASANTES DE MEDICINA

Los pasantes hospitalarios de medicina, son estudiantes de dicha carrera profesional, quienes inician las prácticas pre-profesionales desde el quinto semestre hasta decimo semestre o culminar la carrera en algunos casos, generalmente estos individuos han sido estudiantes destacados desde su educación secundaria por lo que optaron por la carrera, ya que su perfil los encamina hacia la responsabilidad y la resistencia que esta implica, empero las exigencias académicas suelen causar mella en su persona, uno de los aspectos de mayor vulnerabilidad en los estudiantes de

medicina son las emociones y cogniciones, pues el ambiente y la presión los puede llevar al desarrollo de ciertas distorsiones, esta situación suele estar acompañada de las primeras experiencias cercanas con enfermedades graves, catastróficas y la muerte, causándoles un impacto considerable en el ámbito emocional.

Estudios como el de la Fundación Galeta (2006) afirman que el “50% de los estudiantes sufren agotamiento emocional mientras que el 15% una depresión mayor”(p.7) así también afirma que el “65% de los estudiantes tanto hombres como mujeres tienen riesgo a sufrir algún tipo de trastorno mental”(p.26) como cualquier persona estos sujetos se encuentran vulnerables a desarrollar cualquier tipo de patología, más aun cuando su salud mental no es la adecuada o la misma no se encuentra en total equilibrio según el IESM (2008) “solo el 4.8% del contenido de la carrera es dedicado a psiquiatría y salud mental” (p.20) lo que es un dato preocupante puesto que no se le está brindando la atención necesaria a esta área, y es un factor fundamental para futuros padecimientos de estos individuos, destacando que a sus cargas y responsabilidades como estudiantes se les debe adjuntar las pasantías y el tiempo que esto conlleva, por lo que suele existir un deterioro en las relaciones sociales, familiares y personales de los sujetos.

2.9. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

2.9.1. Hipótesis Alterna o H1:

Las ideas hipocondriacas influyen en los niveles de ansiedad en los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato

2.9.2. Hipótesis Negativa o H2:

Las ideas hipocondriacas no influyen en los niveles de ansiedad en los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

2.10. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

Unidad de observación: Médicos residentes, Internos Rotativos, y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

Variable Independiente: Ideas Hipocondriacas

Variable Dependiente: Niveles de Ansiedad

Término de Relación: Influye

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizara en el Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato, en el primer semestre del año 2013.

3.1 ENFOQUE DE LA MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se basa en un enfoque cualitativo y a su vez cuantitativo. En el enfoque cualitativo, se relacionará la información obtenida hacia la percepción de mantener una enfermedad o desarrollar una, así como un autoconcepto acerca de su condición de salud mediante una evaluación estandarizada lo cual permitirá la percepción de una realidad subjetiva del por qué inicia o cual es el mantenedor de dichas creencias, percepciones o ideas. Así también permite analizar desde el punto de vista subjetivo el por qué, las causas y las razones de este posible escollo, dado que la psicología es una ciencia que permite elaborar constructos y direccionar a los mismos para una posible solución del problema que pueda afectar a los miembros investigados, además de poder analizar cómo estos pensamientos o creencias pueden afectar al individuo en su desenvolvimiento de manera integral.

A su vez la presente investigación mantiene un enfoque cuantitativo puesto que debemos transformar los aspectos subjetivos que proporciona el evaluado en datos objetivos lo cual lo realizaremos a través de los reactivos los cuales nos brindas datos

los mismos que serán transformados en porcentajes para de esta manera a través de la estadística y la matemática sustentar la investigación la validación de la hipótesis y de esta manera poder partir hacia un propuesta veras y confiable.

3.2 MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Bibliografía o documental

- **Fuentes primarias**

La principal fuente de información son los propios médicos que laboran en el Hospital Provincial Docente Ambato quienes manifiestan el malestar o aquellas reminiscencias o ideas acerca de algún tipo de enfermedad así también esto se verá colaborado con la observación participativa ya que al ser parte del grupo a estudiar se ha podido vivenciar como cierto tipo de enfermedades pueden causar un gran impacto al individuo, esto acompañado de las largas horas de trabajo así como de las cargas emocionales pueden estar relacionadas con el desarrollo de las ideas hipocondriacas así como en los niveles de ansiedad que podría resultar patológicos, tomando en consideración que son es casos los profesionales de la salud que como un aspecto preventivo realizan un psicoterapia.

- **Fuentes secundarias**

La investigación se realizará en base a estudio de textos, documentos con referencia al tema, tesis relacionadas así como investigaciones previas, libros de psicopatología, psiquiatría, semiología y afines al tema a investigar, artículos científicos, notas en periódicos online.

- **De campo**

La presente investigación se relaciona con el desarrollo de ideas o creencia hipocondriacas debido al contacto cercano con enfermedades terminales, catastróficas así como con el contacto directo con la muerte y este a su vez como puede afectar el desenvolvimiento de la persona en sus niveles de ansiedad, debido a que las personas

que se encuentran desempeñando el papel de médicos residentes, pasantes y rotativos no cuentan con un plan de contingencia y protección de salud mental, es por esta razón que la investigación se realizara en el Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato, siendo el hospital público más grande de la provincia en donde se encuentra la mayor cantidad de pacientes y de personal de salud, por lo cual es imprescindible que exista un cuidado integral de quienes asisten a esta casa de salud iniciando por el personal que labora en el mismo, por lo cual mediante la aplicación de test psicológicos se recolectaran datos contundentes de la población a estudiar con referencia en su estado de salud mental.

Los principales puntos de análisis se centrarán en la identificación de ideas hipocondriacas, así como de los niveles de ansiedad.

Evaluándose la variable independiente ideas hipocondriacas y la variable dependiente niveles de ansiedad.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Investigación exploratoria

El presente proyecto de investigación explora exhaustivamente teorías que se relacionan con el tema a investigar. Se ha realizado una recopilación basta de información que sustenta la formulación de la hipótesis, para a continuación verificar o descartar dicha hipótesis.

Considerando aspectos esenciales del individuo como su desarrollo académico y su relación laboral así como su espectro social, con lo cual se pretende direccionar de una manera adecuada el fundamento teórico para después poder dilucidar de una manera práctica uno posible solución al tema investigado, por lo cual es fundamental el desarrollo e investigación de fuentes bibliográficas fidedignas con fundamentación teórica.

3.3.2 Investigación asociativa de variables

Para la comprensión de la presente investigación, es necesario el conocimiento de las variables independiente y dependiente, siendo la VI las ideas hipocondriacas y la VD los niveles de ansiedad.

La intencionalidad del presente proyecto es relacionar VI y VD con el fin de poder identificar los aspectos relevantes que puedan causar un posible deterioro en los médicos pasantes, residentes y rotativos del Hospital Provincial Docente Ambato y a su vez mejorar la condición de salud de los mismos de manera integral y eficaz puesto de que es una prioridad que ha estado desatendida, de este modo al dictaminar que las ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad tienen una estrecha relación se podrá implementar un plan para mejorar dicho problema.

3.3.3. Investigación explicativa

Con la utilización de este método investigativo se ha podido establecer una explicación clara del proceso realizado además de responder con los cuestionamientos planteados al inicio de la investigación. Así también brinda la oportunidad de comprobar la relación existente entre variables, lo cual establece la posibilidad de comprender como se relacionan las variables y así poder comprender todos los elementos que rodean e implican el desarrollo de esta investigación. El correcto entendimiento de la situación y problema investigado así como su explicación se la puede realizar gracias a la aplicación e interpretación de los reactivos psicológicos los cuales ayudaron establecer resultados concretos de padecimientos subjetivos, lo cual permitirá que se pueda establecer un correcto cuidado e intervención con los profesionales de la salud que se encuentran padeciendo esta distorsión cognitiva así como su cuidado integral para que puedan llegar y mantener un equilibrio personal de manera especial en su salud mental.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

En la presente investigación se pretende trabajar con 58 médicos residentes, 80 IRM, y 203 pasantes de medicina siendo un total de 341 personas como universo de investigación.

$$n = 341$$

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la investigación se utilizara dos reactivos, el primero para la variable independiente (ideas hipocondriacas), siendo este el Índice de Whiteley de Hipocondriasis Del análisis factorial de 10 de los 14 ítems se derivan 3 subsescalas: preocupación corporal (3 ítems); fobia a la enfermedad (4 ítems); y, convicción de la presencia de enfermedad. El Índice de Whiteley es un test sencillo y de fácil administración, ha demostrado su capacidad para identificar a personas con actitudes hipocondríacas, medir la gravedad de las mismas y cómo se modifican con un tratamiento, donde el índice de confiabilidad es de 0.76 a 0.80, así también la confiabilidad test-retest fue para pacientes psiquiátricos de 0.81; además muestra una validez según los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con otras escalas: la Illness Attitude Scale ($r =$ de 0.21 a 0.36), con un cuestionario administrado al cónyuge del paciente ($r = 0.59$). El cuestionario mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes psiquiátricos con diagnóstico de hipocondriasis y pacientes psiquiátricos sin ese diagnóstico.

De igual manera para la variable dependiente (niveles de ansiedad), se trabajó con otro reactivo psicológico, siendo este el test de ansiedad de Hamilton el cual divide a la ansiedad en dos aspectos a analizar ansiedad somática y ansiedad psíquica pero de manera global la determina como leve, moderada, grave y muy grave, este reactivo muestra una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la

entrevista, este test muestra una confiabilidad que muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$), así también una validez elevada concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$), este test distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$).

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.6.1. Variable independiente: Ideas Hipochondriacas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>“Las ideas Hipochondriacas son una interpretación no realista de signos y sensaciones físicas enjuiciadas como anormales y que conducen una preocupación derivada del temor o la convicción de padecer una enfermedad” (Caballo, F. 2000)</p>	<p>Preocupación corporal</p> <p>Fobia a la enfermedad</p>	<p>Elaboración catastrófica acerca de la enfermedad</p> <p>Aspectos estresantes acerca de la enfermedad</p>	<p>¿Se preocupa con frecuencia por la posibilidad de tener una enfermedad grave?</p> <p>Si la radio, la televisión, los periódicos o algún conocido hablan de</p>	<p>Índice de hipocondría de Whiteley</p>

	Convicción de la presencia de la enfermedad	Flexibilidad acerca del concepto de la enfermedad	alguna enfermedad, ¿se preocupa por la posibilidad de cogerla? ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?	
--	---	---	---	--

Tabla n13

Cuadro de operacionalización de variables

Elaborado por: Rafael Silva Q

3.6.2. Variable dependiente: Niveles de Ansiedad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>“Cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad, durante períodos prolongados de tiempo y sin que exista un peligro objetivo (irracional), surge en el individuo una ansiedad desadaptativa que se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación de la persona que la sufre, emergiendo una “ansiedad</p>	<p>Ansiedad Psíquica</p> <p>Ansiedad somática</p>	<p>Aspectos cognitivos que elevan la ansiedad en el individuo</p> <p>Evidencia en el aspecto físico de la existencia de la ansiedad</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Preocupación, temores, aprehensión</p> <p>irritabilidad</p> <p>Síntomas somáticos generales (muscular)</p> <p>Dolores musculares</p> <p>rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones</p>	<p>Test de ansiedad de Hamilton</p>

<p>patológica”, es decir, que enferma a la persona” (Avalos y col 1992)</p>			<p>clónicas, crujir de dientes vacilantes</p>	
--	--	--	---	--

Tabla n14

Cuadro de operacionalización de variables

Elaborado por: Rafael Silva Q

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para determinar que las ideas hipocondriacas si influyen en los niveles de ansiedad en los médicos residentes, pasantes y Rotativos del Hospital Provincial Docente Ambato
¿De qué personas u objetos?	Se trabajara con 341 sujetos 58 médicos residentes 80 IRM 203 pasantes de medicina
¿Sobre qué Aspectos?	Ideas Hipocondriacas y Niveles de Ansiedad
¿Quién lo va hacer?	Rafael Alejandro Silva Quintana
¿A quién?	Los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina
¿Cuándo?	Enero-Julio del año 2013
¿Cuántas veces?	Dos veces (programa piloto-aplicación de reactivos)

<p>¿Con qué técnica de recolección de la información?</p>	<p>Psicométrica</p>
<p>¿Con que instrumento?</p>	<p>Test Test de ansiedad de Hamilton Test para hipocondría de Whiteley</p>

Tabla n15

Plan de recolección de la información

Elaborado por: Rafael Silva Q.

CAPITULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

IDEAS HIPOCONDRIACAS

Áreas						
	Preocupación Corporal	% P C	Fobia a la Enfermedad	% F E	Convicción de Presencia de la Enfermedad	% C P E
Médicos Residentes	18	31%	24	41%	16	28%
IRM	26	33%	34	43%	20	25%
Pasantes de Medicina	70	34%	83	41%	50	25%
TOTAL	114	33%	141	41%	86	26%
TOTAL GENERAL	341					

Tabla n16

Resultados del Índice Whiteley de Hipocondría

Elaborado por: Rafael Silva Q.

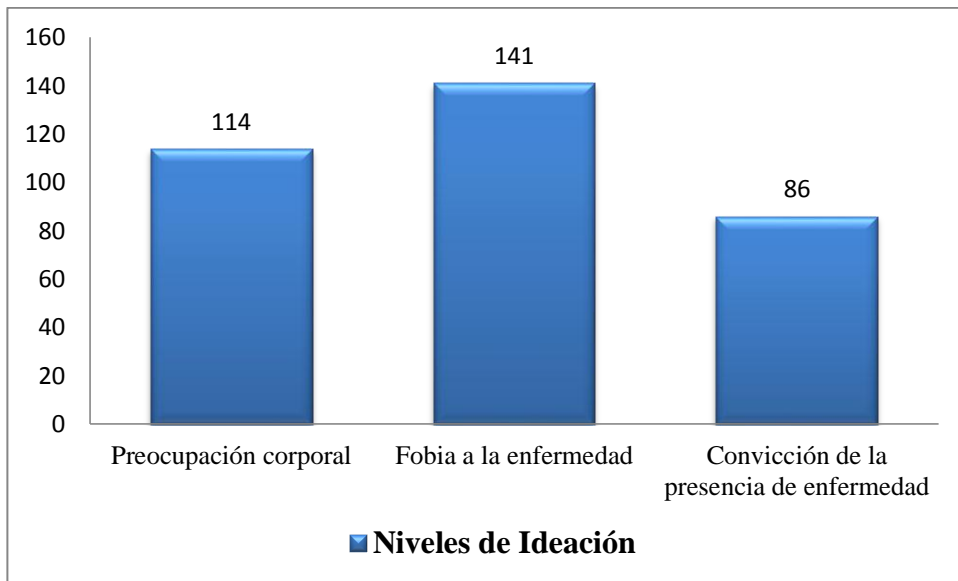


Gráfico n5: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

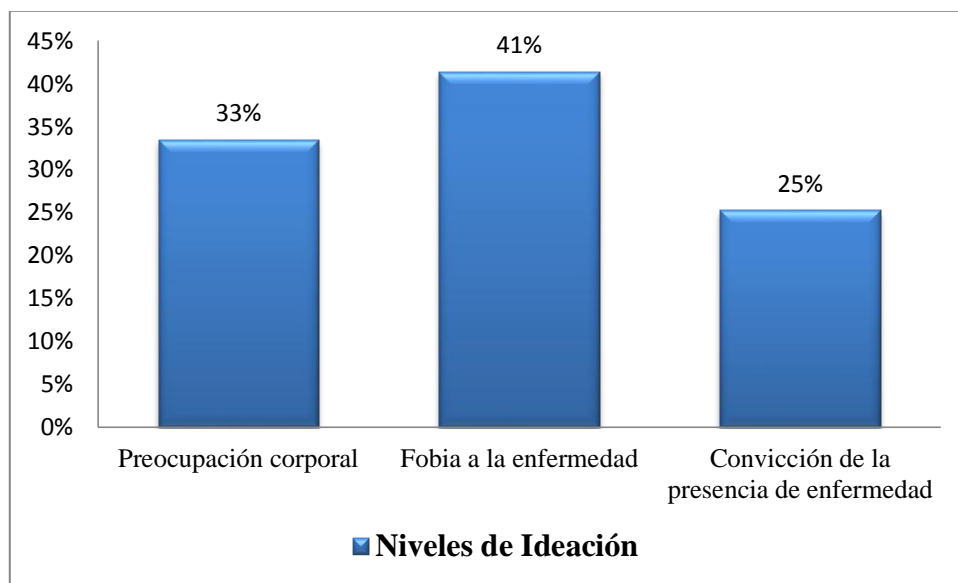


Gráfico n6: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

De la población evaluada establecida en 341 personas entre médicos residentes (58) Internos Rotativos de Medicina (80) y Pasantes de Medicina (203) del Hospital Provincial Docente Ambato; en el primer reactivo aplicado correspondiente a niveles de Ideación Hipocondriaca del Índice Whiteley de Hipocondría se encuentran los siguientes resultados: 114 personas presentan Preocupación Corporal lo que corresponde al 33%, 141 personas se encuentran en la categoría de Fobia a la Enfermedad lo cual corresponde al 41%, finalmente 86 personas se encasillan en la categoría de Convicción de Presencia de la Enfermedad lo cual representa al 26% de la población total, estas tres categorías establecen la agudeza de la hipocondría secundaria (ideación hipocondriaca) en la persona evaluada.

Interpretación

A partir del análisis estadístico del cuadro anteriormente presentado las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría se encuentran distribuidas de manera bastante prolija y equilibrada ya que no muestra una diferencia significativa entre cada elemento, sin embargo cada miembro de la población se encuentra en un nivel de padecimiento de hipocondría secundaria lo cual es destacable, es así que, el 33% de la población se encuentra en la categoría de Preocupación Corporal lo que significa que esta porción de evaluados prestan mayor atención a los cambios fisiológicos normales en el cuerpo y se preocupan por los mismos, lo cual puede causarles un desequilibrio en su desarrollo habitual, ya que su foco de atención se encuentra en las condiciones anatómicas del cuerpo, sin embargo el mayor número de la población evaluada se concentra en la categoría de Fobia a la Enfermedad siendo este el 41% de los evaluados lo que significa que esta parte de la población presenta un temor exacerbado a contraer o padecer algún tipo de trastorno físico o anatómico funcional; este miedo tiene un componente netamente psicológico lo cual produce una distorsión de la realidad en un proceso cognitivo errado denominado idea irracional por lo que se considera idea hipocondriaca, hipocondriasis secundaria

idea delirante tipo somática, así también se corrobora que el ambiente en el cual se desarrollan propicia el apareamiento de dicho malestar; finalmente el 26 % de la población evaluada se encuentra en la categoría Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir, que esta porción de la población afirma padecer de manera real algún tipo de enfermedad física grave o catastrófica, sin estudios o análisis que confirmen esas creencias, lo cual provoca un malestar significativo en el individuo.

Niveles de Ideación por población

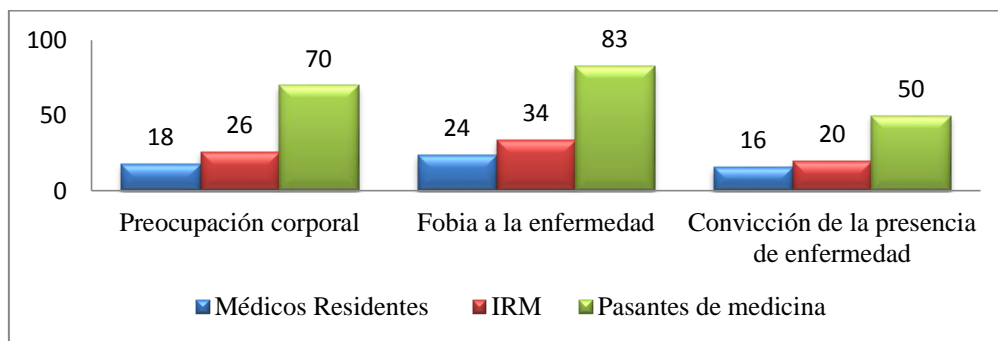


Gráfico n7: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

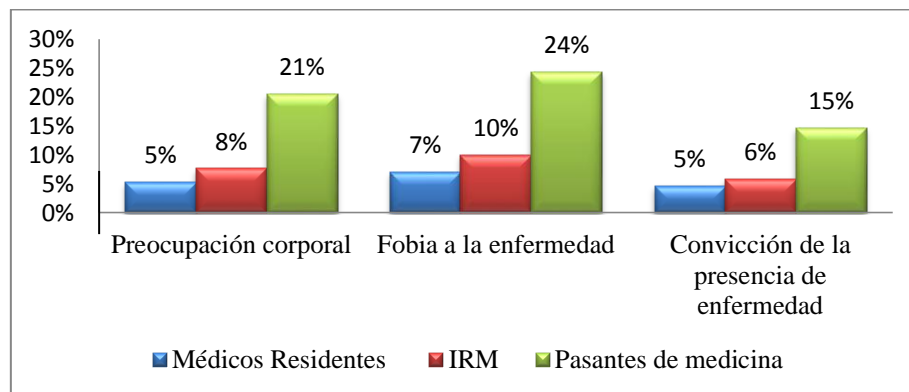


Gráfico n8: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

De la población total evaluada al realizar un análisis por el tipo de población se establece que: de los 58 Médicos Residentes, 18 se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal siendo estos el 5% de la población, 24 presentan Fobia a la Enfermedad siendo el 7% de la población y finalmente 16 se encuentran en el área de Convicción de Presencia de la Enfermedad lo que representa al 5% de la población general evaluada.

Así también de los 80 Internos Rotativos de Medicina, 26 se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal siendo estos el 8% de la población total, 34 presentan Fobia a la Enfermedad que representan al 10%, y 20 se encasillan en Convicción de Presencia de la Enfermedad que son el 6% de la población.

Finalmente de los 203 Pasantes de Medicina, 70 presentan Preocupación Corporal siendo estos el 21% de la población evaluada, así también de los 83 presentan Fobia a la Enfermedad lo que representa al 24% de la población evaluada, finalmente 50 personas de esta porción de la población se encuentran en la clasificación de Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir el 15% de la población total evaluada.

Interpretación

La población estudiada se divide en tres tipos: 58 Médicos Residentes, 80 Internos Rotativos de Medicina y 203 Pasantes de Medicina, dando un total de 341 personas evaluadas, los Médicos Residentes representan al 17% de la población total es decir que son la población más pequeña de la totalidad evaluada, por ello los porcentajes de la tabla no son significativamente altos; el 5% presentan Preocupación Corporal, el 7% Fobia a la Enfermedad y 5% en Convicción de Presencia de la Enfermedad empero el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en fobia a la enfermedad es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a poder padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o

catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 58 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, además estos porcentajes cambiaran de manera significativa al evaluarlos por separado.

Los Internos Rotativos representan a un 23% del total de la población, es decir que estos son relativamente más numerosos que la población anteriormente analizada, pero aun así los porcentajes de la tabla no son significativamente altos el 8% muestran Preocupación Corporal, 10% Fobia a la Enfermedad y un 6% Convicción de Presencia de la Enfermedad empero el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad, es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 80 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, además estos porcentajes cambiaran de manera significativa al evaluarlos por separado.

Los Pasantes de Medicina representan el 60% de la población total, es por ello que estos últimos presentan los mayores porcentajes en cada una de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, puesto que son la porción de la población con mas personas dentro de su tipo, por lo mismo estos son los más vulnerables a padecer ideas hipocondriacas, el 21% presenta Preocupación Corporal, 24% Fobia a la Enfermedad y 15% Convicción de Presencia de la Enfermedad, cabe destacar que el porcentaje de mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 203 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, además estos porcentajes cambiaran de manera significativa al evaluarlos por separado.

Niveles de ideación hipocondriaca por tipos de población

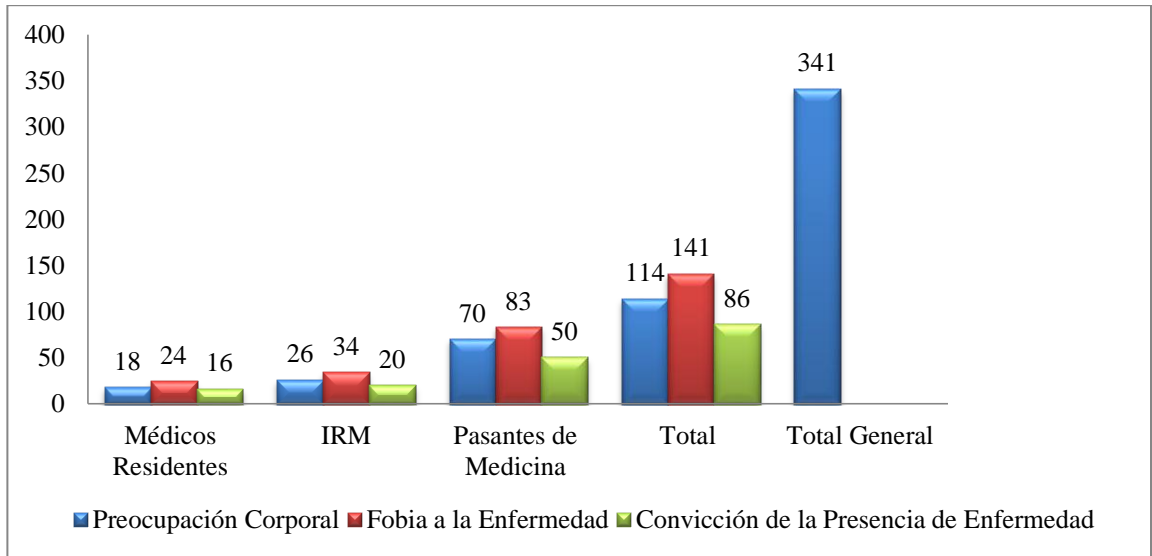


Gráfico n9: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

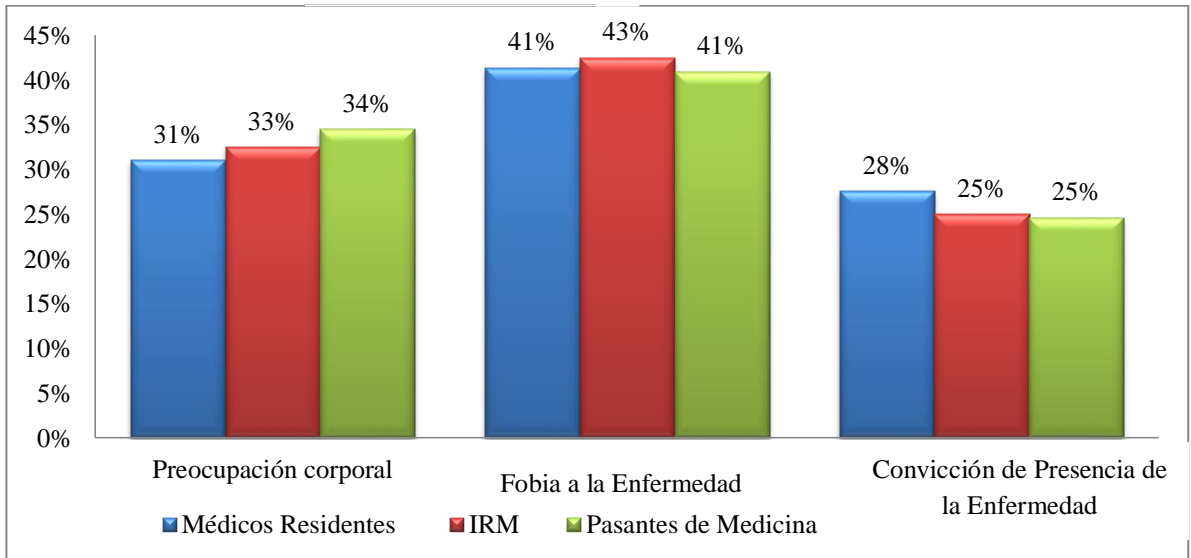


Gráfico n10: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

De la totalidad evaluada al realizar un análisis por el tipo de población seccionándolos en cada categoría de trabajo, se establece que de los 58 Médicos Residentes tomándolos como el 100%, 18 se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal siendo el 31%, 24 presentan Fobia a la Enfermedad lo que significa un 41%, finalmente 16 se encuentran en el área de Convicción de Presencia de la Enfermedad lo que representa al 28% de la población evaluada.

Así también de los 80 Internos Rotativos de Medicina, 26 se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal siendo estos el 33%, 34 presentan Fobia a la Enfermedad que representan al 43%, y 20 se encasillan en Convicción de Presencia de la Enfermedad que es el 25% de la población.

Finalmente en los Pasantes de Medicina se encuentra que 70 presentan Preocupación Corporal siendo estos el 21%, así también 83 se encuentran en la categoría de Fobia a la Enfermedad lo que representa al 24%, finalmente 50 personas de esta porción de la población se encuentran en la clasificación de convicción de presencia de la enfermedad es decir el 15% de la población total evaluada.

Interpretación

La población estudiada se divide en tres tipos: 58 Médicos Residentes, 80 Internos Rotativos de Medicina y 203 Pasantes de Medicina, dando un total de 341 personas evaluadas, los Médicos Residentes representan al 17% de la población total es decir que estos son la población más pequeña de la totalidad evaluada, por ello los porcentajes de la tabla no son significativamente altos, ya que al considerarlos de manera global en el Índice Whiteley de Hipocondría los Médicos Residentes presentan solo un 5% en Preocupación Corporal, 7% en Fobia a la Enfermedad y 5% en Convicción de Presencia de la Enfermedad pero al analizarlos de manera separada es decir tomando los 58 Médicos Residentes como el 100% de la población, se puede apreciar un cambio significativo ya que 18 se encuentran en la categoría de

Preocupación Corporal siendo el 31%, 24 presentan Fobia a la Enfermedad lo que significa un 41% y finalmente 16 se encuentran en el área de Convicción de Presencia de la Enfermedad lo que representa al 28% de la población evaluada. El porcentaje de mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, lo que conlleva a un desgaste emocional, cognitivo y social ya que su foco de atención se encuentran en los cambios fisiológicos, morfológicos y funcionales del cuerpo los cuales estarán asociados a la idea de contraer cualquier tipo de enfermedad; seguida de Preocupación Corporal y finalmente se encuentra Convicción de Presencia de la enfermedad; lo que quiere decir que los Médicos Residentes analizados de manera individual son vulnerables a padecer ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, pues el 31% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 28% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo son susceptibles no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria sino también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Los Internos Rotativos de Medicina representan a un 23% del total de los evaluados, es decir que estos son relativamente más numerosos que la población anteriormente analizada pero aun así los porcentajes de la tabla del Índice Whiteley de Hipocondría no son significativamente altos considerando que solo el 8% se encuentra en Preocupación Corporal, 10% en Fobia a la Enfermedad y 6% en

Convicción de Presencia de la Enfermedad, sin embargo al analizar a los 80 Internos Rotativos de Medicina por separado los cambios porcentuales son significativos pues el 33% de los evaluados se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal, el 43% manifiesta Fobia a la Enfermedad, 25% presentan Convicción de Presencia de la Enfermedad, el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad con un 43% es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a poder padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 80 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, lo que quiere decir que los Internos Rotativos de Medicina del H.P.D.A analizados de manera individual son vulnerables a padecer ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, pues el 33% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 25% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo son susceptibles no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria sino también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Los Pasantes de Medicina representan el 60% del grupo investigado, es por ello que estos últimos presentan los mayores porcentajes en cada una de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, puesto que son la porción de la población con mas personas dentro de su tipo, por lo mismo de manera general son más vulnerables a padecer ideas hipocondriacas, ya que el 21% presenta Preocupación Corporal, 24% Fobia a la Enfermedad y 15% en convicción de presencia de la enfermedad, los

Pasantes de Medicina son la población con mayor número de participantes en comparación a los grupos anteriormente analizados, de tal manera que los porcentajes en la tabla del Índice Whiteley de Hipocondría son significativamente altos considerando sin embargo al analizar a los Pasantes de Medicina de manera individual los cambios porcentuales son similares a los grupos anteriormente analizados, teniendo similares resultados porcentuales, es así que el 34% de los evaluados se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal, el 41% manifiesta Fobia a la Enfermedad, 25% presentan convicción de presencia de la Enfermedad, el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad con un 41% es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a poder padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 203 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, lo que quiere decir que los Pasantes de Medicina del H.P.D.A analizados de manera individual son un grupo susceptible a padecer ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, pues el 34% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 25% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo son propensos no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria sino también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Niveles de ideación hipocondriaca en Médicos Residentes

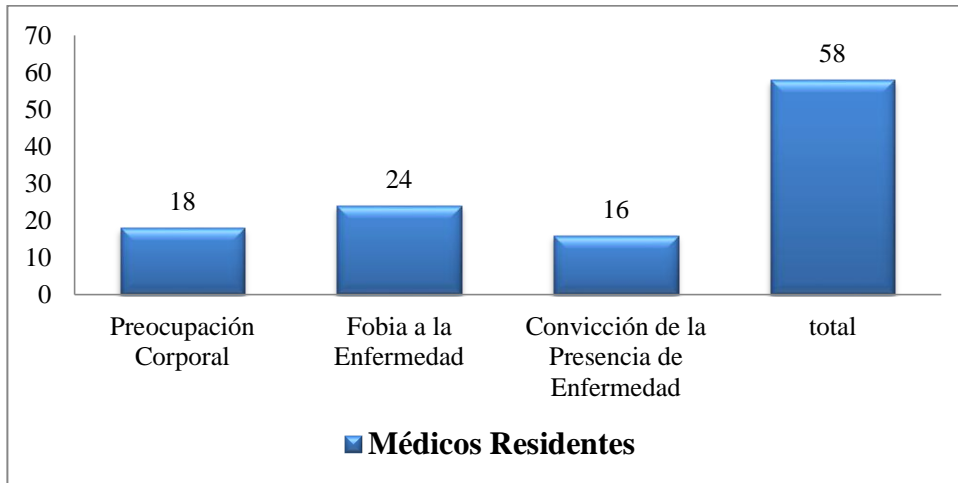


Gráfico n11: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

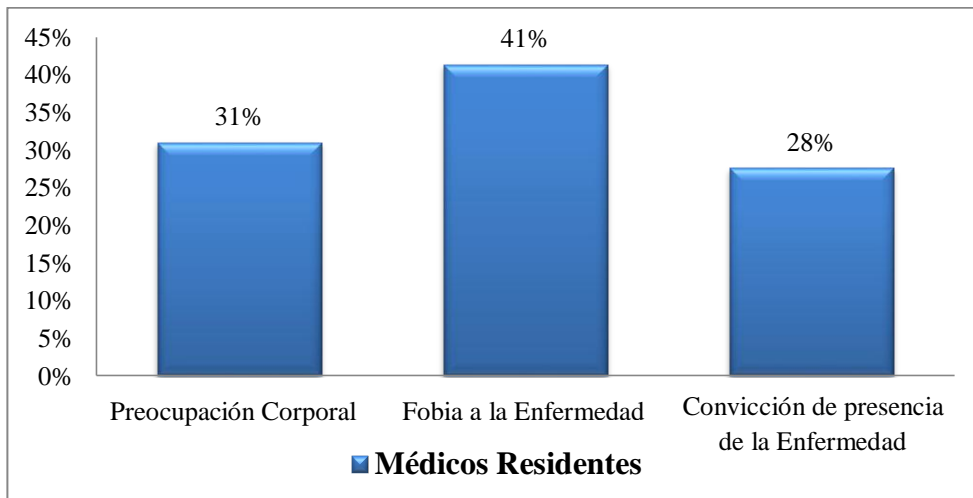


Gráfico n12: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

Los 58 Médicos Residentes evaluados se encuentran catalogados en una de las tres categorías del índice de Whiteley de Hipocondría 18 se encuentran en nivel de Preocupación Corporal siendo el 31%, 24 presentan Fobia a la Enfermedad lo que significa un 41%, finalmente 16 se encuentran en el área de Convicción de Presencia de la Enfermedad lo que representa al 28% de la población evaluada.

Interpretación

De los 58 Médicos Residentes presentan 18 se presentan Preocupación Corporal siendo el 31%, 24 Fobia a la Enfermedad lo que significa un 41% y finalmente 16 Convicción de Presencia de la Enfermedad lo que representa el 28% de la población evaluada. El porcentaje de mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, lo que conlleva a un desgaste emocional, cognitivo y social ya que su foco de atención se encuentran en los cambios fisiológicos, morfológicos y funcionales del cuerpo los cuales estarán asociados a la idea de contraer cualquier tipo de enfermedad; seguida de Preocupación Corporal y finalmente se encuentra Convicción de Presencia de la enfermedad; lo que quiere decir que los Médicos Residentes analizados de manera individual son vulnerables a padecer ideas hipocondriacas o hipocondrías secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Witheley de Hipocondría, pues el 31% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 28% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo

son susceptibles no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria sino también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Niveles de ideación hipocondriaca en Internos Rotativos de Medicina

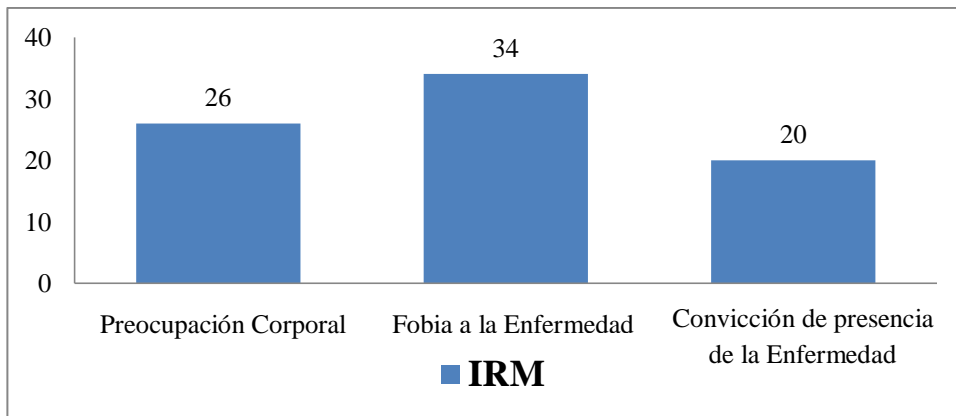


Gráfico n13: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

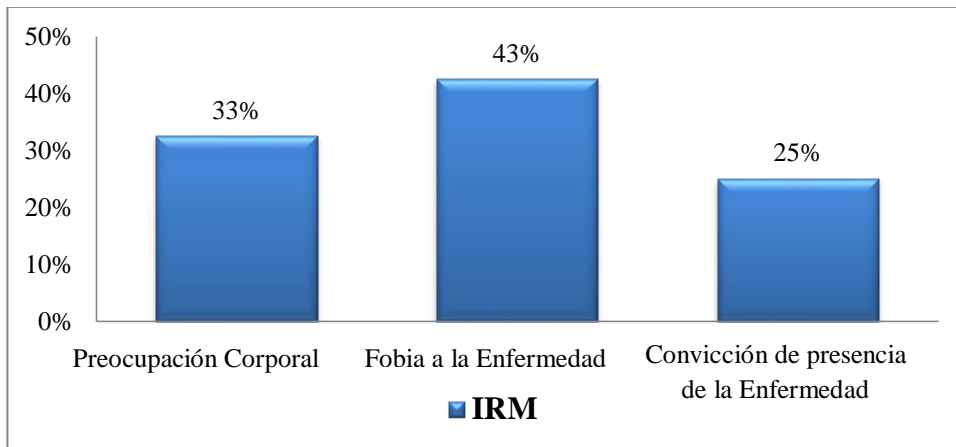


Gráfico n14: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

De los 80 Internos Rotativos de Medicina, 26 se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal siendo el 33%, 34 presentan Fobia a la Enfermedad que representan al 43% y 20 se encasillan en Convicción de Presencia de la Enfermedad que es el 25% de esta porción de la población.

Interpretación

Los Internos Rotativos de Medicina son relativamente más numerosos que la población anteriormente analizada pero aun así los porcentajes muestran cierta similitud con los de la anterior población, pues el 33% de los evaluados se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal, 43% manifiesta Fobia a la Enfermedad, y 25% presentan Convicción de Presencia de la Enfermedad, el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad con un 43% es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a poder padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 80 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, lo que quiere decir que los Internos Rotativos de Medicina del H.P.D.A analizados de manera individual son vulnerables a padecer ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, pues el 33% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 25% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo son susceptibles no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondríasis secundaria sino

también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Niveles de ideación hipocondriaca en Pasantes de Medicina

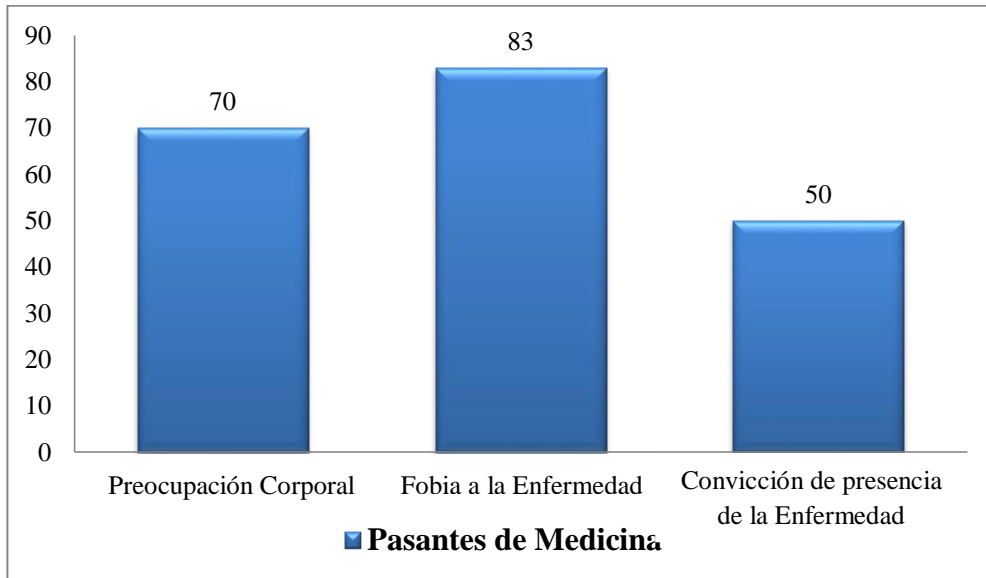


Gráfico n15: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

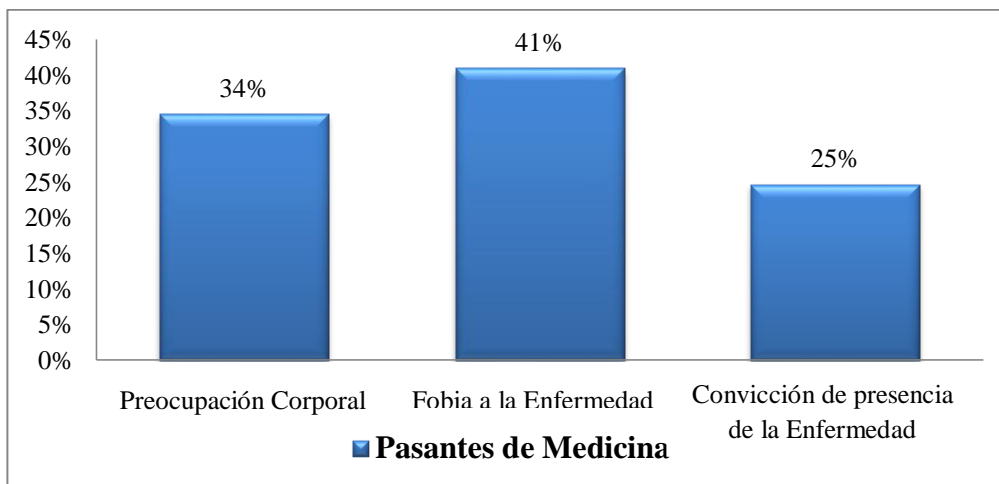


Gráfico n16: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

De los 203 Pasantes de Medicina 70 presentan Preocupación Corporal siendo estos el 21%, así también 83 se encuentran en la categoría de Fobia a la Enfermedad lo que representa al 24%, finalmente 50 se localizan en la clasificación de Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir el 15% de esta porción de la población.

Interpretación

Los Pasantes de Medicina representan con 203 evaluados son la porción de la población con más personas dentro de su tipo, por lo mismo de manera general son más vulnerables a padecer ideas hipocondriacas, es así que el 34% de los evaluados se encuentran en la categoría de Preocupación Corporal, el 41% manifiesta Fobia a la Enfermedad, 25% presentan convicción de presencia de la Enfermedad, el porcentaje mayor predominancia de las tres categorías se encuentra en Fobia a la Enfermedad con un 41% es decir la mayor parte de esta población presenta un temor irracional a poder padecer o a la idea de contraer una enfermedad grave o catastrófica, sin embargo cabe destacar que las 203 personas se encuentran en alguna categoría del Índice Whiteley de Hipocondría, lo que quiere decir que los Pasantes de Medicina del H.P.D.A analizados de manera individual son un grupo susceptible a padecer ideas hipocondriacas o hipocondriasis secundaria esta hipótesis es afirmada debido todos los evaluados se encuentran en alguna de las categorías del Índice Whiteley de Hipocondría, pues el 34% presentan Preocupación Corporal es decir muestran más atención a los cambios anatómicos funcionales normales del cuerpo pero denotando una mayor preocupación a los mismos, lo que puede afectar en algún momento a su desempeño normal, es destacable también que el 25% Presenta Convicción de Presencia de la Enfermedad es decir que esta porción de la población está convencida de padecer algún tipo de enfermedad aunque no existe evidencia física o clínica que refuercen ese pensamiento, lo que significa que los evaluados en un futuro próximo son propensos no solamente a las ideas hipocondriacas o hipocondriasis secundaria

sino también al desarrollo del trastorno hipocondriaco o un trastorno del contenido del pensamiento debido a su posición delirante.

Cabe destacar en todos los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina han sido catalogados en algún nivel del Índice Whiteley de Hipocondría, lo cual muestra la vulnerabilidad de toda la población así también se debe considerar que el nivel de ideación de mayor predominancia de las tres categorías en cada uno de los grupos evaluados es Fobia a la enfermedad, es decir que la mayor parte de la población muestra una ideación hipocondriaca o hipocondríasis secundaria.

NIVELES DE ANSIEDAD

Áreas												
	Leve	%	Moderada	%	Grave	%	Muy Grave	%	A.S	%	A.P.S.	%
Médicos Residentes	21	6%	25	7%	12	4%	-	-	43	13%	15	4%
IRM	22	6%	28	8%	30	9%	-	-	57	17%	23	7%
Pasantes de Medicina	54	16%	51	15%	98	29%	-	-	130	38%	73	21%
TOTAL	97	28%	104	30%	140	41%	-	-	230	67%	111	33%
TOTAL GENERAL	341											

Tabla n17

Resultados del Test de Ansiedad de Hamilton

Elaborado por: Rafael Silva Q.

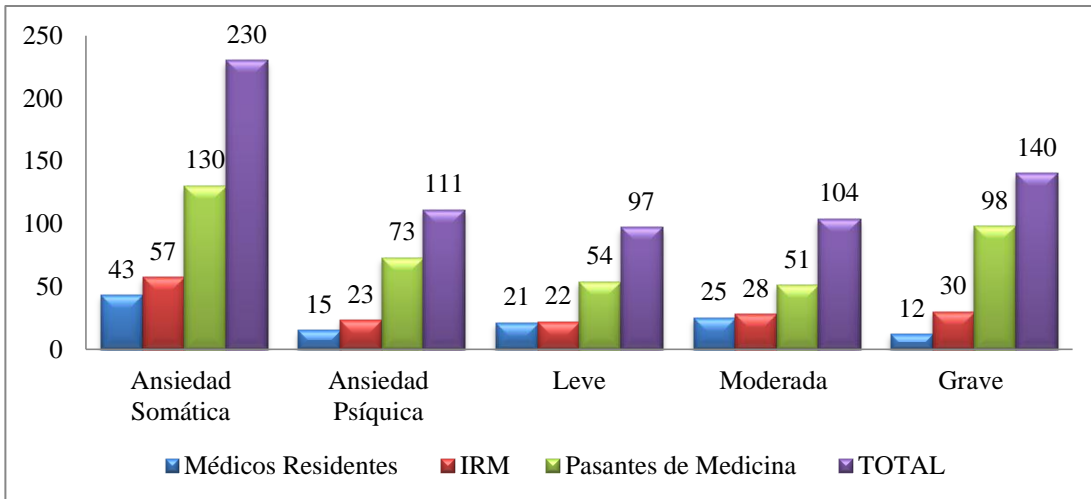


Gráfico n17: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

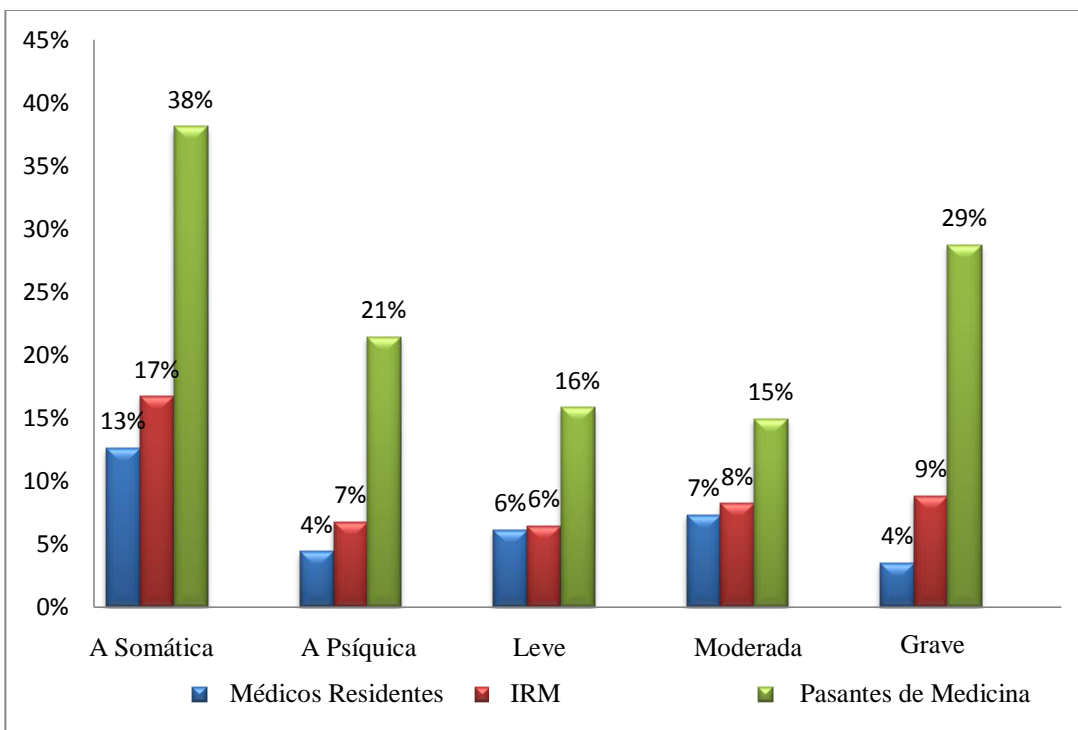


Gráfico n18: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

De la población evaluada establecida en 341 personas entre médicos residentes (58) Internos Rotativos de Medicina (80) y Pasantes de Medicina (203) del Hospital Provincial Docente Ambato; en el segundo reactivo aplicado correspondiente a niveles de Ansiedad del Test de Hamilton se encuentran los siguientes resultados: 230 personas presentan Ansiedad Somática lo que corresponde al 67% 43 Médicos Residentes siendo el 13%, 57 Internos Rotativos de Medicina que representan al 17% y 130 Pasantes de Medicina siendo estos el 38%; a su vez 111 personas muestran Ansiedad Psíquica significando un 33% de la población evaluada, 15 Médicos Residentes siendo el 4%, 23 Internos Rotativos de Medicina que representan al 7% y finalmente 73 pasantes de medicina que son el 21%.

Así también se puede diferenciar los niveles de ansiedad que presentan los evaluados es decir Leve, Moderada, Grave, como primer dato se encuentra Ansiedad Leve en este nivel se identifican a 98 personas que representan al 28% de la población, en esta categoría se puede diferenciar a cada uno de los grupos que forman el universo investigado encontrando a 21 Médicos Residentes que representa el 6%, 22 Internos Rotativos de Medicina que son el 22% y 54 pasantes de medicina significando un 16%; posteriormente se analiza Ansiedad Moderada la cual integran 104 personas que representan al 30% de los evaluados conformada por 25 Médicos Residentes que representan al 7%, 28 Internos Rotativos de Medicina que son el 8% y 51 Pasantes de Medicina que significan el 15%; finalmente se considera Ansiedad Grave en este nivel se encuentran 140 personas que constituyen el 41% de los evaluados, este nivel se encuentra formado por 12 Médicos Residentes que representan el 4%, 30 Internos Rotativos de Medicina que son el 9% y 98 pasantes de medicina que personifican al 29% de la población evaluada.

Interpretación

A partir del análisis estadístico del cuadro anteriormente presentado las categorías del Test de Ansiedad de Hamilton se encuentran diferencias significativas en cada uno de los tipos de ansiedad así como en los niveles que presenta el

mencionado reactivo. La primera diferencia destacable en este punto es la que se encuentra entre Ansiedad Somática y Ansiedad Psíquica ya que la brecha entre ambas es bastante interesante ya que 230 personas presentan Ansiedad Somática lo que corresponde al 67% este tipo de ansiedad la conforman 43 Médicos Residentes siendo el 13% , 57 Internos Rotativos de Medicina que representan al 17% y 130 Pasantes de Medicina siendo estos el 38% de la población evaluada; a su vez 111 personas muestran Ansiedad Psíquica significando un 33% de la población indagada, este grupo lo integran, 15 Médicos Residentes siendo el 4%, 23 Internos Rotativos de Medicina que representan al 7% y finalmente 73 Pasantes de Medicina que son el 21% del universo investigado, cabe destacar que según los datos presentados la Ansiedad Somática duplica el resultado de la Ansiedad Psíquica lo cual significa que por cada persona evaluada que presente Ansiedad Psíquica dos presentan Ansiedad Somática ya que la diferencia entre los dos tipos de ansiedad es de 34 puntos, se puede afirmar que los síntomas de ansiedad que van a presentar la población evaluada van a tener mayor predominancia en el área física del sujeto de estudio.

Así también se puede diferenciar y analizar los niveles de ansiedad que presentan los evaluados: Leve, Moderada, Grave, como primer dato se encuentra Ansiedad Leve en este nivel se identifican a 98 personas que representan al 28% de la población, en esta categoría se puede diferenciar a cada uno de los grupos que forman el universo investigado encontrando a 21 Médicos Residentes que representa el 6%, 22 Internos Rotativos de Medicina que son el 22% y 54 pasantes de medicina significando un 16%, este tipo de ansiedad puede ser considerada como normal ya que la ansiedad es una respuesta de la mente y el cuerpo ante cualquier estímulo nuevo sin embargo esta categoría es la de menor puntuación ya que representa únicamente al 28% de la población total, este tipo de respuesta ayuda al individuo a focalizar la atención y concentración en un punto determinado para que la persona esté alerta ante cualquier presunción de peligro.

En el nivel de Ansiedad Moderada se encuentran 104 personas que representan al 30% de los evaluados conformada por 25 Médicos Residentes que

representan al 7%, 28 Internos Rotativos de Medicina que son el 8% y 51 Pasantes de Medicina que significan el 15%, este tipo de ansiedad puede provocar en la persona que lo padece una dificultad para concentrarse y recordar ciertos aspectos necesarios en el desempeño habitual, además provoca malestar en el individuo y quienes lo rodean debido a que esta respuesta del cuerpo ya no puede ser controlada de manera voluntaria, generando un desequilibrio en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, este tipo de ansiedad es la segunda de mayor predominancia entre las personas evaluadas.

Finalmente se considera al nivel de Ansiedad Grave, en esta categoría se encuentran 140 personas que constituyen el 41% de los evaluados, este rubro está formado por 12 Médicos Residentes que representan el 4%, 30 Internos Rotativos de Medicina que son el 9% y 98 pasantes de medicina que personifican al 29% de la población evaluada, las personas que se las identifica en este punto muestran problemas de atención, concentración y memoria, difícilmente pueden adaptarse a situaciones nuevas o súbitas y presentan un malestar clínicamente significativo, además de un deterioro significativo en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, sin embargo esta no es aun incapacitante y el individuo puede realizar sus actividades cotidianas pero con mayor dificultad, este tipo de ansiedad es la de mayor predominancia entre las personas evaluadas.

Se debe considerar que el porcentaje mayor en los Médicos Residentes en los tres niveles de ansiedad es el de Ansiedad Moderada sin embargo en los Internos Rotativos de Medicina y los Pasantes de medicina la ansiedad con mayor porcentaje es la Ansiedad Grave.

Niveles de Ansiedad en Médicos Residentes

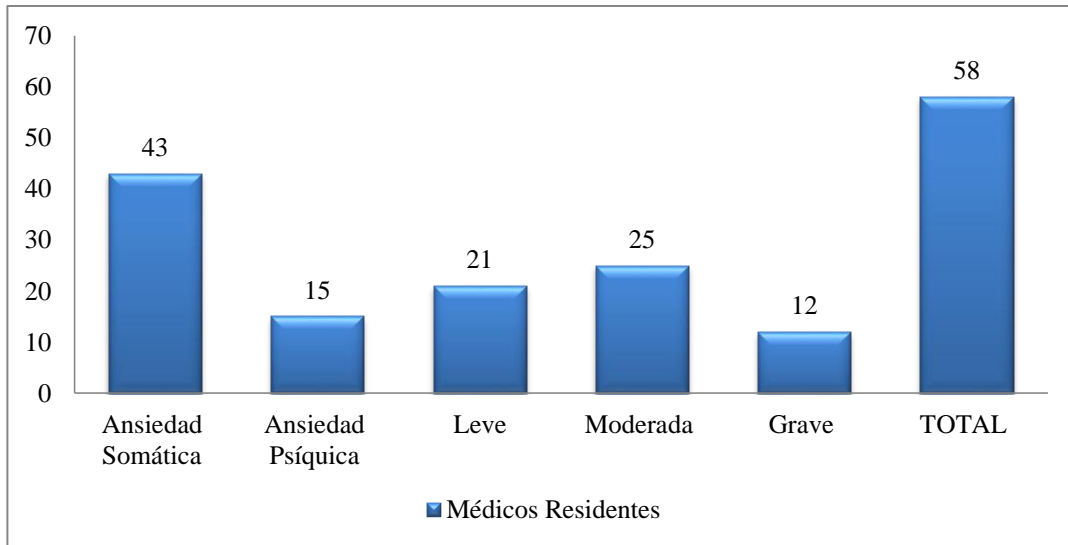


Gráfico n19: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

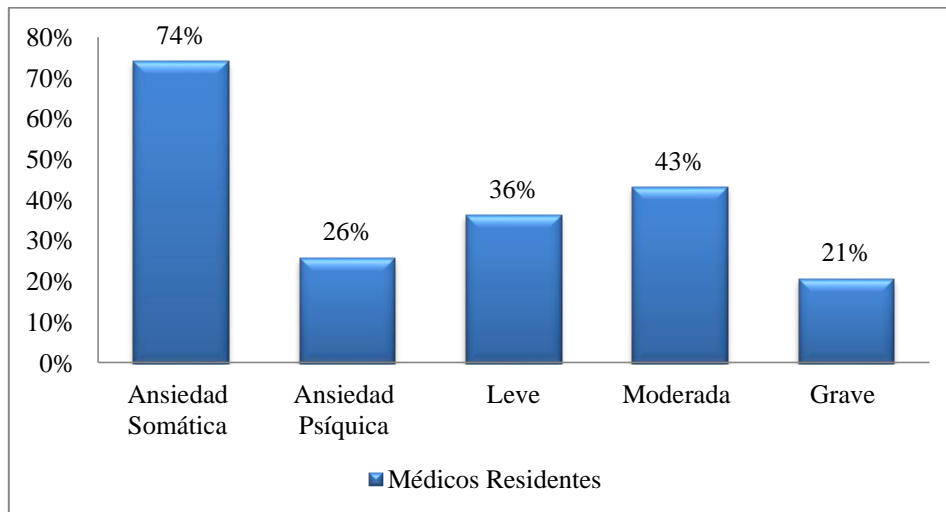


Gráfico n20: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

Los 58 Médicos Residentes evaluados se encuentran catalogados en los dos tipos de ansiedad y en uno de los tres niveles de la escala de Ansiedad del Test de Hamilton, la primera categoría de este test muestra que 43 de los evaluados presentan ansiedad somática es decir un 74%, mientras que 15 de los evaluados padecen ansiedad psicológica lo que significa un 26%; así también de los 58 Médicos Residentes 21 presentan ansiedad leve siendo estos el 36%, 25 ansiedad moderada quienes son el 43% y 12 ansiedad grave que representan al 21% de esta población.

Interpretación

Los Médicos Residentes son el segmento más pequeño del total de los evaluados, es por ello que al analizar de manera global los resultados, presentan los porcentajes de menor predominancia, sin embargo al estudiarlos de manera aislada los datos muestran un cambio considerable en ciertos aspectos, es así que de los 58 Médicos Residentes evaluados un 74% presentan ansiedad somática: quienes se encuentran en esta categoría se caracterizan por mostrar signos ansiosos provocados por un estímulo cuya respuesta se presenta a través del cuerpo generalmente con malestares respiratorios, gastrointestinales u otro tipo de presentación corporal; a su vez el 26% de los evaluados padecen ansiedad psicológica, las personas que se encuentran en esta categoría no pueden exteriorizar la ansiedad a través del cuerpo ya que esta se encuentra simbolizada en la mente por temores exacerbados a situaciones comunes.

Así también de los 58 Médicos Residentes el 36% presenta ansiedad leve, este tipo de ansiedad puede ser considerada como normal ya que la ansiedad es una respuesta de la mente y el cuerpo ante cualquier estímulo nuevo, este tipo de respuesta ayuda al individuo a focalizar la atención y concentración en un punto determinado para que la persona esté alerta ante cualquier presunción de peligro.

En el nivel de Ansiedad Moderada se encuentran 25 Médicos Residentes que representan al 43% de los evaluados, este tipo de ansiedad puede provocar en la persona que lo padece una dificultad para concentrarse y recordar ciertos aspectos necesarios en el desempeño habitual, además provoca malestar en el individuo y quienes lo rodean debido a que esta respuesta del cuerpo ya no puede ser controlada de manera voluntaria, generando un desequilibrio en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, este tipo de ansiedad es la de mayor predominancia entre las personas evaluadas.

Finalmente en el nivel de Ansiedad Grave se encuentran 12 personas que constituyen el 21% de los evaluados, las personas que se las identifica en este punto muestran problemas de atención, concentración y memoria, difícilmente pueden adaptarse a situaciones nuevas o súbitas y presentan un malestar clínicamente significativo, además de un deterioro significativo en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, sin embargo esta no es aun incapacitante, generalmente sus pensamientos y emociones están direccionados por la ansiedad, esta se presenta de gran intensidad, puede ser fluctuante en el sujeto, esta ansiedad podría potenciarse por el ambiente, por pensamientos, o por emociones no elaboradas, lo cual le producen en el sujeto este malestar como respuesta a aquel acontecimiento, en este punto el individuo debe cumplir con un tratamiento psicoterapéutico y en algunos caso la intervención farmacológica, y de esta manera alcanzar un equilibrio que le permita continuar con sus actividades y pueda desarrollarse de manera adecuada presentando dificultades en la productividad de la persona, este tipo de ansiedad es la de menor predominancia entre las personas evaluadas.

Niveles de Ansiedad en Internos Rotativos de Medicina (IRM)

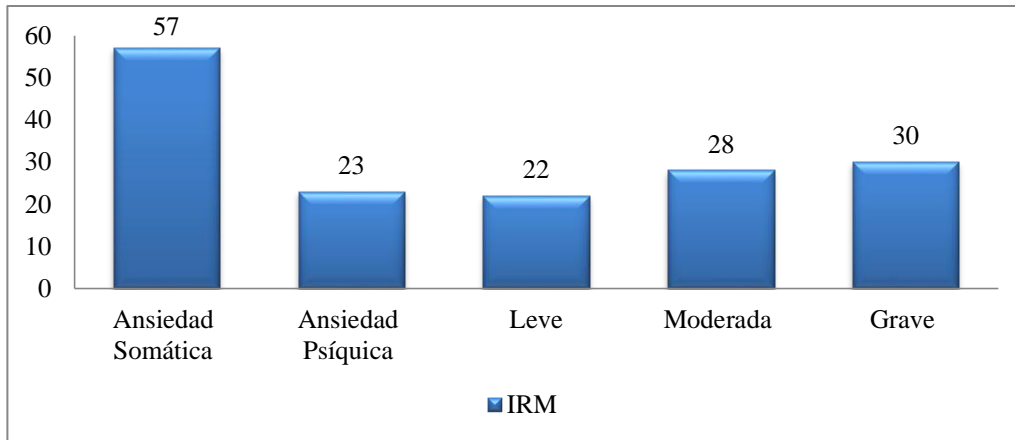


Gráfico n21: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

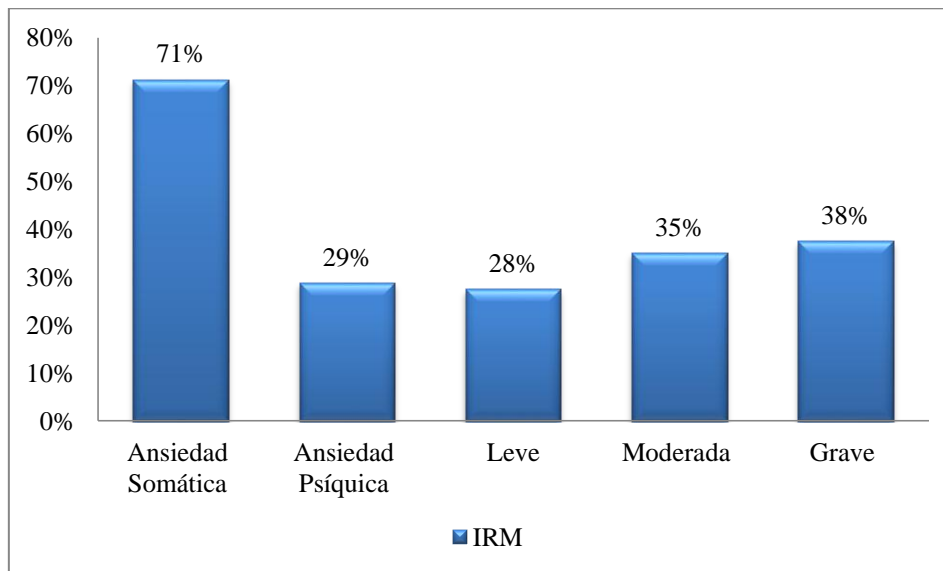


Gráfico n22: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

Los 80 Internos Rotativos de Medicina evaluados se encuentran catalogados en los dos tipos de ansiedad y en uno de los tres niveles de la escala de Ansiedad del Test de Hamilton, la primera categoría de este test muestra que 57 de los evaluados presentan ansiedad somática es decir un 71%, mientras que 23 de los evaluados padecen ansiedad psicológica lo que significa un 29%; así también de los 80 Internos Rotativos de Medicina, 22 presentan ansiedad leve siendo estos el 28%, 28 ansiedad moderada quienes son el 35% y 30 ansiedad grave que representan al 38% de esta población.

Interpretación

Los Internos Rotativos de Medicina son relativamente más numerosos que la población anteriormente analizada pero aun así los porcentajes muestran cierta similitud con los de la anterior, es así que de los 80 Internos Rotativos de Medicina evaluados un 71% presentan ansiedad somática: quienes se encuentran en esta categoría se caracterizan por mostrar signos ansiosos provocados por un estímulo cuya respuesta se presenta a través del cuerpo generalmente con malestares respiratorios, gastrointestinales u otro tipo de presentación corporal; a su vez el 29% de los evaluados padecen ansiedad psicológica, las personas que se encuentran en esta categoría no pueden exteriorizar la ansiedad a través del cuerpo ya que esta se encuentra simbolizada en la mente por temores exacerbados a situaciones comunes.

Así también de los 80 Internos Rotativos de Medicina el 28% presenta ansiedad leve, este tipo de ansiedad puede ser considerada como normal ya que la ansiedad es una respuesta de la mente y el cuerpo ante cualquier estímulo nuevo, este tipo de respuesta ayuda al individuo a focalizar la atención y concentración en un punto determinado para que la persona esté alerta ante cualquier presunción de peligro, cabe recalcar que este es nivel de ansiedad es el de menor predominancia entre los IRM.

En el nivel de Ansiedad Moderada se encuentran 28 IRM siendo el 35% de los evaluados, este tipo de ansiedad puede provocar en la persona que lo padece una dificultad para concentrarse y recordar ciertos aspectos necesarios en el desempeño habitual, además provoca malestar en el individuo y quienes lo rodean debido a que esta respuesta del cuerpo ya no puede ser controlada de manera voluntaria, generando un desequilibrio en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto.

Finalmente en el nivel de Ansiedad Grave se presenta en 30 personas que constituye el 38%, quienes se las identifica en este punto muestran problemas de atención, concentración y memoria, difícilmente pueden adaptarse a situaciones nuevas o súbitas y presentan un malestar clínicamente significativo, además de un deterioro evidente en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, sin embargo esta no es aun incapacitante y el individuo puede realizar sus actividades cotidianas pero con mayor dificultad, generalmente sus pensamientos y emociones están direccionados por la ansiedad, esta se presenta de gran intensidad, puede ser fluctuante en el sujeto, esta ansiedad podría potenciarse por el ambiente, por pensamientos, o por emociones no elaboradas, lo cual le producen en el sujeto este malestar como respuesta a aquel acontecimiento, en este punto el individuo debe cumplir con un tratamiento psicoterapéutico y en algunos caso la intervención farmacológica, y de esta manera alcanzar un equilibrio que le permita continuar con sus actividades y pueda desarrollarse de manera adecuada presentando dificultades en la productividad de la persona, cabe destacar que este nivel de ansiedad es el de mayor predominancia en esta porción de la población.

Niveles de Ansiedad en Pasantes de Medicina

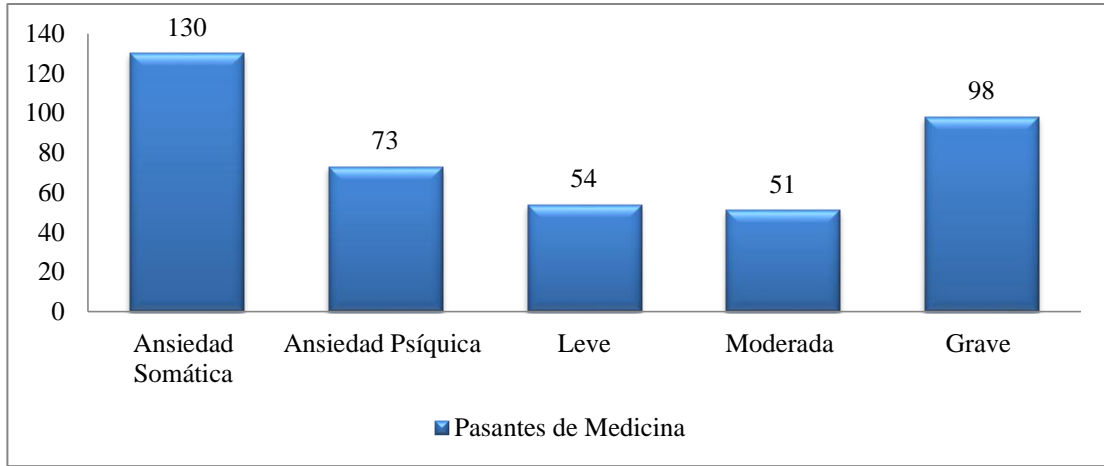


Gráfico n23: Datos Reales

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

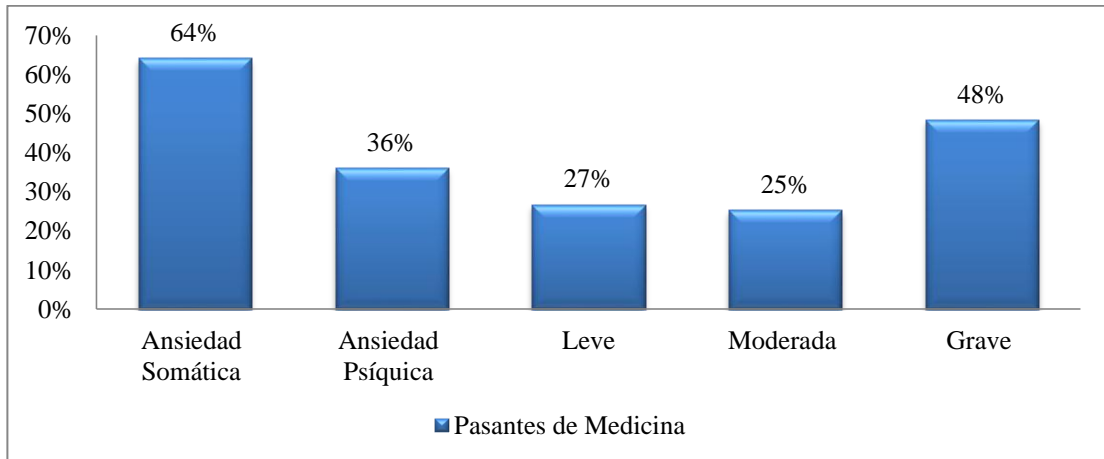


Gráfico n24: Porcentajes

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo

Análisis de Resultados

Los 203 Pasantes de Medicina evaluados se encuentran catalogados en los dos tipos de ansiedad y en uno de los tres niveles de la escala de Ansiedad del Test de Hamilton, la primera categoría de este test muestra que 130 de los evaluados presentan ansiedad somática es decir un 64%, mientras que 73 de los evaluados padecen ansiedad psicológica lo que significa un 36%; así también de los 203 Pasantes de Medicina, 54 presentan ansiedad leve siendo estos el 27%, 51 ansiedad moderada quienes son el 25% y 98 ansiedad grave que representan al 48% de esta población.

Interpretación

Los Pasantes de Medicina de Medicina son más numerosos que las poblaciones anteriormente analizadas pero aun así los porcentajes muestran cierta similitud con los de anteriores, es así que de los 203 Pasantes de Medicina evaluados un 64% presentan ansiedad somática: quienes se encuentran en esta categoría se caracterizan por mostrar signos ansiosos provocados por un estímulo cuya respuesta se presenta a través del cuerpo generalmente con malestares respiratorios, gastrointestinales u otro tipo de presentación corporal; a su vez el 36% de los evaluados padecen ansiedad psicológica, las personas que se encuentran en esta categoría no pueden exteriorizar la ansiedad a través del cuerpo ya que esta se encuentra simbolizada en la mente por temores exacerbados a situaciones comunes.

Así también de los 203 Pasantes de Medicina el 27% presenta ansiedad leve, este tipo de ansiedad puede ser considerada como normal ya que la ansiedad es una respuesta de la mente y el cuerpo ante cualquier estímulo nuevo, este tipo de respuesta ayuda al individuo a focalizar la atención y concentración en un punto determinado para que la persona esté alerta ante cualquier presunción de peligro.

En el nivel de Ansiedad Moderada se encuentran 51 Pasantes de Medicina siendo el 25% de los evaluados, este tipo de ansiedad puede provocar en la persona

que lo padece una dificultad para concentrarse y recordar ciertos aspectos necesarios en el desempeño habitual, además provoca malestar en el individuo y quienes lo rodean debido a que esta respuesta del cuerpo ya no puede ser controlada de manera voluntaria, generando un desequilibrio en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, este tipo de ansiedad es la de menor predominancia entre las personas evaluadas.

Finalmente en el nivel de Ansiedad Grave se presenta en 98 personas que constituye el 48%, quienes se las identifica en este punto muestran problemas de atención, concentración y memoria, difícilmente pueden adaptarse a situaciones nuevas o súbitas y presentan un malestar clínicamente significativo, además de un deterioro evidente en las esferas: social, laboral, familiar y personal del sujeto, sin embargo esta no es aun incapacitante y el individuo puede realizar sus actividades cotidianas pero con mayor dificultad, generalmente sus pensamientos y emociones están direccionados por la ansiedad, esta se presenta de gran intensidad, puede ser fluctuante en el sujeto, esta ansiedad podría potenciarse por el ambiente, por pensamientos, o por emociones no elaboradas, lo cual le producen en el sujeto este malestar como respuesta a aquel acontecimiento, en este punto el individuo debe cumplir con un tratamiento psicoterapéutico y en algunos caso la intervención farmacológica, y de esta manera alcanzar un equilibrio que le permita continuar con sus actividades y pueda desarrollarse de manera adecuada presentando dificultades en la productividad de la persona, cabe destacar que este nivel de ansiedad es el de mayor predominancia en esta porción de la población.

4.2 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

En la presente investigación, para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica denominada Chi-Cuadrado. Este método estadístico, es aplicado en los resultados obtenidos en ambos test psicométricos, mismos que fueron aplicados a los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

Paso 1: Planteamiento de Hipótesis

4.2.1. Hipótesis alterna o H_1 :

Las ideas hipocondriacas influyen en los niveles de ansiedad en los médicos residentes, pasantes y Rotativos del Hospital Provincial Docente Ambato

4.2.2. Hipótesis nula o H_0 :

Las ideas hipocondriacas no influyen en los niveles de ansiedad en los médicos residentes, pasantes y Rotativos del Hospital Provincial Docente Ambato

4.3. RESULTADO.

Para la comprobación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrado, utilizando el software SPSS expresada en la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum (o_i - e_i)^2}{e_i}$$

MÉDICOS RESIDENTES

Ansiedad y Preocupación Corporal.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45.986 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	54.623	2	.000
Asociación lineal por lineal	33.598	1	.000
N de casos válidos	58		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,72.

Tabla n18: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y preocupación Corporal)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y preocupación corporal se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Fobia a la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33.547 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	39.464	2	.000
Asociación lineal por lineal	.067	1	.795
N de casos válidos	58		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,97.

Tabla n19: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y Fobia a la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia Ansiedad y Fobia a la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Convicción de presencia de la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	41.180 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	46.341	2	.000
Asociación lineal por lineal	32.651	1	.000
N de casos válidos	58		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,31.

Tabla n20: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y Convicción de parencia de la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y Convicción de parencia de la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

INTERNO ROTATIVOS DE MEDICINA

Ansiedad y Preocupación Corporal.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	64.371 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	77.926	2	.000
Asociación lineal por lineal	53.205	1	.000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,15.

Tabla n21: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y preocupación Corporal)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y preocupación corporal se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Fobia a la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	38.690 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	47.939	2	.000
Asociación lineal por lineal	3.438	1	.064
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,35.

Tabla n22: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y Fobia a la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia Ansiedad y Fobia a la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Convicción de presencia de la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	44.444 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	51.783	2	.000
Asociación lineal por lineal	33.328	1	.000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,50.

Tabla n23: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y Convicción de parencia de la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y Convicción de parencia de la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=80$, $p < 0,05$.

PASANTES DE MEDICINA

Ansiedad y Preocupación Corporal.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	153.510 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	197.242	2	.000
Asociación lineal por lineal	147.064	1	.000
N de casos válidos	202		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,67.

Tabla n24: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y preocupación corporal)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y preocupación Corporal se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=202$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Fobia a la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	54.719 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	70.387	2	.000
Asociación lineal por lineal	12.514	1	.000
N de casos válidos	202		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,67.

Tabla n25: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y fobia a la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y fobia a la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=202$, $p < 0,05$.

Ansiedad y Convicción de presencia de la Enfermedad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	96.835 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	122.261	2	.000
Asociación lineal por lineal	78.539	1	.000
N de casos válidos	202		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,65.

Tabla n26: Prueba chi cuadrado (Ansiedad y convicción de presencia de la enfermedad)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada para la presencia de ansiedad y convicción de presencia de la enfermedad se cumple pues $(X)^2(2)$, $N=202$, $p < 0,05$.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Posterior a la investigación bibliográfica, científica y de campo en la cual se analiza y contextualiza los niveles de hipocondría y ansiedad en distintas poblaciones, se lo postula para los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato; mediante este proceso investigativo se puede corroborar la hipótesis planteada en inicio, la cual profesa que las ideas hipocondriacas influyen en los niveles de ansiedad de la población indagada, resaltando los aspectos primordiales de la investigación tales como del descuido de la salud mental para los emisarios de salud, así como su vulnerabilidad ante las situaciones de estrés y riesgo, además que si posición profesional les puede resultar un desencadenante para el desarrollo y futuro desarrollo de enfermedades o padecimientos mentales, así también es necesario considerar que los resultados en la población estudiada es bastante parejo, ya que no existen diferencias significativas entre los resultados, empero el resultado de mayor importancia es que de los 341 involucrados, la totalidad se encuentra enmarcada en algún tipo de nivel investigado, lo que demuestra la importancia del proceso investigativo.
- Se concluye que el nivel de idea hipocondriaca de mayor predominancia entre los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina del H.P.D.A. es la Fobia a la Enfermedad ya que posterior a la revisión y tabulación del reactivo aplicado esta opción es la de preferencia entre la población

estudiada, es decir que muestran un mayor temor al tener o la idea de padecer algún tipo de enfermedad catastrófica, lo cual les genera un malestar que afecta a las esferas principales del individuo como persona, es así que el 41% de los médicos residentes, 43% de los IRM y el 41% de los pasantes de medicina presentan las características anteriormente descritas, si bien es cierto los porcentajes mencionados son los de mayor predominancia entre la población estudiada, sin embargo se debe considerar que todos los evaluados se encuentran en algún nivel descrito por el Índice de hipocondría de Whiteley.

- Los niveles de ansiedad según el Test de Ansiedad de Hamilton son: ansiedad somática con el 67% de la población estudiada y ansiedad grave con un 41%, es decir que la ansiedad que padecen los evaluados se presenta a través de síntomas corporales, además que esta afecta de manera sustancial a las esferas más importantes de desarrollo para el individuo, sin embargo se debe considerar que la población está conformada por 341 personas, de los cuales se divide en tres grupos: 58 médicos residentes, 80 internos rotativos de medicina y 203 pasantes de medicina y al analizarlos por grupos separados el nivel de ansiedad predominante cambia en los médicos residentes pues el que prevalece mas dentro de esta población es la ansiedad moderada con un 43% es decir que la ansiedad que presentan es más manejable en situaciones estresantes, empero en los internos rotativos de medicina y los pasantes de medicina la tendencia se mantiene es decir que el de mayor predominancia es la ansiedad grave con un 38% en los IRM y un 48% los pasantes de medicina, siendo estos últimos la porción de la población con mayor número de participantes así como los más vulnerables entre todos los evaluados, se debe considerar que según estos resultados quienes manejan de mejor manera la ansiedad y pueden desenvolverse mejor en sus actividades cotidianas son los médicos residentes, mientras que los de mayor vulnerabilidad en situaciones ansiosas son los internos rotativos de medicina y los pasantes de medicina.
- Mediante esta investigación se determinó la influencia de las ideas hipocondriacas con los niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos

rotativos de medicina y los pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato. Concluyendo que esta población es igual de vulnerable que quienes asisten a las casa de salud para ser atendidos por las distintas dolencias, considerando que la mencionada vulnerabilidad no radica únicamente en el aspecto biológico y las prevenciones necesarias para evitar el mismo, sino que va al espectro psicológico y como el desenvolvimiento en ese entorno puede afectar la salud mental de los individuos, en este caso la población estudiada, por lo cual es necesario una correcta intervención considerando las pautas y lineamientos para establecer un cuidado acorde para los individuos indagados, mediante la implementación de prevención primaria y secundaria y de ser necesario terciaria, a través la psicoeducación e información adecuada establecida por un manual de prevención en salud mental, además, trabajo psicoterapéutico grupal y ponencias que reafirmen los preceptos de salud y la importancia de los mismos conjunto con el área de salud mental y psiquiatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

5.2 RECOMENDACIONES

Al finalizar el proceso investigativo se debe considerar aspectos esenciales para el correcto desarrollo y crecimiento de los involucrados, tales como salud mental, y manejo de situaciones ansiosas.

- Se recomienda considerar con mayor importancia los aspectos psicológicos de quienes aportan con sus servicio en las instituciones de salud, puesto que el desgaste que existe en ellos no se basa únicamente en el aspecto físico, sino también en su función emocional y cognitiva además que no existe una política establecida que regule los lineamientos y cuidados psicológicos de los médicos en general por parte del Ministerio de Salud Pública, puesto que su preocupación en los últimos años se ha concentrado únicamente en el aspecto de bio-higiene.

- Se debe implementar de manera primordial evaluaciones y tratamientos continuos para el personal de las instituciones de salud, en especial aquellos que tienen contacto directo con personas con enfermedades catastróficas, o están cercanas a la muerte, puesto que eso significa y mayor deterioro en su afectividad y como consecuencia en sus cogniciones y la elaboración de las mismas, considerando los niveles de ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad presentados en esta investigación, estos dos componentes se registran en el ámbito cognitivo y emocional de la persona, por lo que es necesario la pronta implementación de un plan que salvaguarde su integridad, y minimice la vulnerabilidad que muestran estos individuos en situaciones de riesgo como las presentadas en este material.
- Se recomienda socializar los resultados de la presente investigación con las personas indagadas para generar un impacto y una interiorización de la realidad que están pasando, de esta forma poder encausar futuras soluciones pero también explicar las consecuencias que podrían desembocar de la no atención a estos padecimientos, tanto por las ideas hipocondriacas como por la ansiedad.
- Se recomienda de igual forma la elaboración y la implementación de material de autoayuda para la identificación prevención primaria de las ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato, para frenar y disminuir las tasa presentadas, al igual que programas de psicoeducación y talleres de implementación en técnicas de reconocimiento de pensamientos automáticos y ejercicios de relajación que ayudaran al manejo de las ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad.
- Finalmente es recomendable replicar este proceso investigativo en otras instituciones de salud de la ciudad, la provincia, la región y el país, para corroborar los datos y las hipótesis planteadas en esta investigación y así poder determinar cuáles son las principales causas de estos padecimientos, considerando los aspectos sociales, culturales, regionales, así como la

cantidad de personas que asisten a estas instituciones, además de determinar las semejanzas y diferencias, y de esta manera poder actuar en un plan más grande y de manera más eficaz.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Tema:

“Implementación de un manual de salud mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, así como la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad para los Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.”

6.1.2. Institución ejecutora:

Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.3. Beneficiarios:

Directos: Médicos Residentes. Internos rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

Indirectos: Población en general.

6.1.4. Ubicación:

Hospital Provincial Docente Ambato

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses.

6.1.6. Equipo técnico responsable:

Personal de salud mental del Hospital Provincial Docente Ambato.

Investigador.

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La creciente demanda de atención en salud en las entidades públicas por presuntas enfermedades fisiológicas que no presentan un origen orgánico han aumentado, sin embargo estas no necesitan atención inmediata en el ámbito anatómico, puesto que las mismas mantienen un componente esencial de orden psicológico, aunque los síntomas se manifiestan de forma somática; es así que la trascendencia en el estudio de la hipocondría y sus consecuentes ha generado un gran interés en distintos ámbitos tanto científico, médico y educativo, ya que tiene una connotación en la población en general; debido al alcance y al interés que actualmente se le presta a este tipo de padecimientos, en la presente investigación como plan de solución, se esboza la implementación de un manual de salud mental de prevención primaria para ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, así como la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad, para médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina; basándose en la teoría cognitiva conductual, ya que este padecimiento conlleva una distorsión del pensamiento y de la realidad del individuo, el cual se ve reflejado por una conducta somática, es necesario también reflexionar la importancia del rol que cumple la población indagada y los beneficios que traerá para ellos la aplicación de esta alternativa, así como para su alrededor, considerando que de la población estudiada, es decir médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina, el 33% presenta preocupación corporal, 41% fobia a la enfermedad y 25% convicción de presencia de la enfermedad, concluyendo que la

formación y la profesión de medicina en los primeros años de ejercicio profesional y en los últimos de estudio son intervinientes en el desarrollo de ideas hipocondriacas, preocupaciones hipocondriacas o hipocondría secundaria, que elevan los niveles de ansiedad en estos individuos de manera considerable, afectándolos en las principales áreas de desarrollo de la persona como son; el área social, laboral, familiar y personal.

6.3.JUSTIFICACIÓN:

Existen varios factores asociados al desarrollo de ideas hipocondriacas y al apareamiento de ansiedad, en los cuales se destacan: el exorbitante clima laboral, el encuentro cercano con padecimientos catastróficos y la muerte, junto con el exceso de información acerca del inicio, proceso, desarrollo y consecuencias de las dolencias; lo cual desemboca en una distorsión cognitiva que afecta al desarrollo de la persona, por lo que es necesario el encaminamiento y el desglose de la información de lo que sucede, considerando que posterior a la investigación, se determina que los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina, son vulnerables al desarrollo y padecimiento de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad que fluctúan entre moderado y grave; por lo cual se determina la necesidad de efectuar un programa que salvaguarde la integridad de la población en general, tanto del grupo estudiado, como de los usuarios de dichos profesionales siendo este la:

IMPLEMENTACIÓN DE UN MANUAL DE SALUD MENTAL EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE IDEAS HIPOCONDRIACAS Y NIVELES DE ANSIEDAD, ASÍ COMO LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DE IDEAS HIPOCONDRIACAS Y ANSIEDAD.

Además se debe considerar que en el campo de la salud uno de los parámetros fundamentales es la prevención, puesto que garantiza la estabilidad y el cuidado adecuado de la persona, así como su bienestar; por lo mismo el primer punto a desplegar será la intervención primaria con el desarrollo de un manual de identificación y prevención de ideas hipocondriacas, en el cual se establezcan

parámetros que salvaguarden el área de salud mental para médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina, con la finalidad de que esta población pueda contar con las herramientas adecuadas para enfrentar y prevenir el desarrollo de ideas hipocondriacas, así como para controlar los niveles de ansiedad que deviene de las mismas, de esta manera se contribuirá de manera directa para la estabilidad en el área laboral, afectiva y psicológica, procurando que exista un cuidado no únicamente en el aspecto biológico sino también en el área mental; de igual modo se debe estimar y fortalecer el primer paso con la aplicación de técnicas cognitivas conductuales de la terapia Cognitiva Conductual, ya que este modelo de intervención posee una eficacia comprobada en el manejo de distorsiones cognitivas las cuales producen y potencian el apareamiento de ideas hipocondriacas, hipocondría secundaria o preocupaciones hipocondriacas; considerando que esta teoría se basa en los acontecimientos, creencias y consecuencias, así como en los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales por nombrar algunas, esta teoría y las distintas técnicas, tienen como objetivo el poder discernir y diferenciar los tipos de pensamientos y emociones que evocan un acontecimiento determinado, debido que al momento en el que el individuo identifica los factores mencionados puede analizar y diferenciar la autenticidad y veracidad de las cogniciones presentadas, resultando, un mejoramiento sustancial en las áreas de desarrollo, ya sea laboral, social o personal, lo cual implica una estabilidad en la vida de la persona.

La aplicación de la presente propuesta es viable debido que la población estudiada es decir: Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato presentan algún tipo de ideación hipocondriaca, así como ansiedad en distintos niveles, lo cual conlleva a un desgaste físico, emocional y cognitivo, implicando un deterioro en la calidad de vida del profesional de la salud, así también se debe considerar que el H.P.D.A. cuenta con espacios físicos e institucionales para la aplicación y difusión de la segunda etapa de la propuesta, además que la población indagada en su mayoría presenta un deseo de

colaboración y participación en el programa, finalmente las autoridades del Hospital Provincial Docente Ambato han mostrado total apoyo a la realización de la investigación así como la aplicación del programa de la propuesta.

6.4. OBJETIVOS:

6.4.1. Objetivo general

Emplear un programa de intervención primaria y secundaria con el desarrollo e implementación de un manual de salud mental para la prevención, identificación y control de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, así como la aplicación de técnicas cognitivas conductuales en Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.4.2. Objetivos específicos

- Establecer métodos de contención y elaboración de distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos enfocados a ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de medicina.
- Socializar y concientizar a los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital Provincial Docente Ambato acerca la situación que están viviendo a través de la investigación previa.
- Interiorizar en el grupo las causas y consecuencias de las ideas hipocóndricas y estas como inciden en el nivel de ansiedad de los individuos y en su desarrollo habitual.

6.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

A través de la aplicación de dos fases de intervención en las cuales se cuentan con varias actividades grupales e individuales se pretende analizar y concientizar la realidad que atraviesan los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina, es así que se iniciara con lo socialización y explicación de la manera de utilizar el manual de intervención para la prevención primaria e identificación de ideas hipocóndriacas y niveles de ansiedad, con la finalidad que los mismo infieran e interioricen la situación por la que se encuentran atravesando, de igual manera como segundo interviniente se cuenta con la aplicación de técnicas y estrategias cognitivas-conductuales para un alivio sintomático, considerando que la mencionada propuesta cuenta con una fundamentación teórica que sustenta el aspecto cognitivo y conductual así como con elementos técnicos propios de la de la corriente cognitivo conductual.

6.6. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Se establece fases sistematizadas con objetivos precisos, en cada una de ellas para poder alcanzar las metas establecidas durante el proceso, identificando los aspectos de mayor relevancia y de atención inmediata en el paciente.

6.7. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.7.1. Introducción

Las ideas hipocóndricas tienen como base la distorsión del pensamiento acerca de un acontecimiento, o una situación estresante que genere una creencia específica de la misma, generalmente este contexto provoca en la persona un nivel de ansiedad determinado como parte de la reacción psicológica y fisiológica natural del cuerpo, sin embargo este hecho puede causar un desequilibrio emocional y mental en el sujeto, si el acontecimiento resulta seguido o de gran envergadura, así también este

dependerá de la enseñanza socio cultural del individuo, de los refuerzos que este haya recibido acerca de los mismos y del aprendizaje selectivo que haya empleado, es decir este punto dependerá netamente de la salud mental que el sujeto presente y el cuidado que este le preste, según la Academia Americana de Psiquiatría citada por Aguilar (2010) menciona que “...la salud mental es algo tan sencillo de recordar como el uno, dos, tres, 1. Estar bien consigo mismo, 2. Estar bien con los demás 3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria...” (p.23), al encontrar el correcto equilibrio entre estos elementos la persona puede establecer una homeostasis que le permite continuar sin mayores complicaciones enfrentándose a los distintos retos diarios, sin embargo las presiones laborales, el continuo contacto con elementos catastróficos y la muerte, interviene de manera directa en el desequilibrio de los aspectos básicos para la contención y el desarrollo de la salud mental en las personas.

Parafraseando a la OMS “Sin salud mental no existe verdadera salud” por lo mismo el primer aspecto a trabajar en la presente propuesta es en salud mental de la población indaga, pero enfocándose de manera directa en la ideación hipocóndrica, puesto que es el interés primordial de la investigación, esta primicia se empleará a través de la aplicación de un manual estructurado; de manera homologa se utilizaran técnicas cognitivas conductuales para salvaguardar la integralidad del individuo, estableciendo un correcto cuidado en el espectro psicológico del mismo.

6.7.2. Principales conceptos teóricos

En la estructuración de la aplicación del manual de salud mental para la prevención de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, resulta fundamental conceptualizar los elementos básicos del mismo, los cuales constituirán la primera fase de la propuesta.

6.7.2.1 ¿Qué es prevención?

De acuerdo con Jané-Llopis (2007) en su investigación acerca de la salud mental menciona que:

“Prevenir significa literalmente “intervenir o actuar con anticipación para impedir que algo ocurra”. La prevención de los trastornos mentales se centra en reducir los factores de riesgo, la incidencia, la prevalencia y la recurrencia de los trastornos mentales, así como la duración de los periodos sintomáticos o las condiciones de riesgo para el desarrollo de una enfermedad mental, previniendo o retrasando las recurrencias así como el impacto de la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad.”(p.2)

Es decir la prevención no es otra cosa que resguardar la integralidad de la persona, para evitar cualquier contra tiempo que pueda afectar y vulnerar al individuo en algún aspecto fundamental de desarrollo, evitando así que exista consecuencias graves en su ser, con el afán de preservar la funcionalidad y la salud del sujeto, concluyendo que el punto más importante en cualquier tratamiento exitoso será la prevención.

6.7.2.2 ¿Qué es salud mental?

Salud mental es el estado, condición, estamento fundamental para todo ser humano, puesto que, es la que ayuda a regir las condiciones cognitivas coherentes y adecuadas en el proceder de un individuo, como menciona la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud parafraseada por Aguilar (2010) en la cual expresa que salud mental es:

“La Condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” (p.22)

Es decir el equilibrio entre todos los aspectos que rodean a una persona, consiguiendo un bienestar que le permite potenciar cada una de las virtudes del individuo y su alrededor; como lo menciona Aguilar (2010) salud mental es“1. Estar

bien consigo mismo, 2. Estar bien con los demás 3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria...” (p.23).

6.7.2.3 ¿Qué son ideas hipocondriacas?

Una idea sobrevalorada de tipo hipocondriaco o idea hipocondriaca se describe según Caballo, F. (2000) como una “interpretación no realista de signos y sensaciones físicas enjuiciadas como anormales y que conducen una preocupación derivada del temor o la convicción de padecer una enfermedad” (p.216)

Es decir que una idea hipocondriaca es una distorsión cognitiva acerca del funcionamiento del cuerpo y estado de salud en un momento determinado, sin embargo esta idea no perdura en el tiempo y puede transformarse de una idea a otra, pero manteniendo la preocupación por el estado de salud del individuo, sin embargo estas cogniciones pueden ser reestructuradas de manera adecuada.

Cabe destacar que los componentes psicológicos influyen sobre los síntomas físicos parafraseando a Beck (1978) citado por Fernández, R. (2000) menciona que estos sustratos psicológicos alteran los síntomas físicos:

1) Perturbaciones fisiológicas y anormalidades estructurales en las que factores psicológicos y constitucionales combinadamente producen un trastorno, 2) trastornos físicos primarios exacerbados por factores psicológicos y 3) aberración de la sensación o movimiento sin patología demostrable. Esta última categoría incluye un amplio espectro de problemas que van desde el “imaginar somático” a los delirios corporales. Por imaginar somático se refiere este autor a la producción de síntomas físicos a través de procesos psicológicos, por ejemplo, a través de fantasías, los pensamientos acerca de un daño corporal o la identificación con alguien enfermo. (p. 8)

En la última categoría incluye el imaginar somático, en este escalafón se pueden catalogar las ideas hipocondriacas (sobrevaloradas) en donde las cogniciones producen molestias físicas al individuo, lo cual lo lleva a creer que está padeciendo algún tipo de trastorno orgánico, lo cual irá acompañado de una carga emocional, en el caso de la investigación la ansiedad.

6.7.2.4 ¿Qué es autoevaluación?

Es una técnica utilizada para llegar a un objetivo específico, es decir que el individuo explora los elementos que lo rodean y lo llevan a pensar o actuar de una manera específica, analizando su significancia y validez, este proceso puede estar estructurado a través de reactivos específicos o por simple análisis.

6.7.2.5 ¿Qué es ansiedad?

La ansiedad es una reacción natural en los individuos para la supervivencia y la conservación de la especie, sin embargo las reacciones de la ansiedad pueden alcanzar niveles poco adaptativos en determinadas situaciones afectando al individuo y a terceras personas, es en ese momento, cuando aquellas manifestaciones ansiosas se traducen a un trastorno de ansiedad.

Cuando la ansiedad no muestra control y a su vez produce una descompensación en el sujeto pueden eclosionar en otros tipos de trastornos tanto físicos como psicológicos, en los físicos resaltan los trastornos: cardiovasculares, digestivos, respiratorios entre otros; mientras que en los psicológicos obviando los de ansiedad propiamente, se ubican los trastornos: del estado de ánimo, adicciones, de la alimentación, somatomorfos, entre otros.

Culminada la primera etapa de la propuesta, esta deberá ser homologa al segundo paso de intervención, el cual consiste en la aplicación de técnicas cognitivas conductuales, con el afán de un proceso integral, por lo mismo resulta indispensable conceptualizar elementos básicos del mismo, los cuales constituirán la segunda fase de la propuesta.

6.7.2.6 Técnicas Cognitivas – Conductuales.

Una de las teorías de mayor éxito en el proceso psicoterapéutico es la Cognitiva-Conductual, puesto que las herramientas y técnicas utilizadas muestran resultados inmediatos que se mantienen a través del tiempo; parafraseando a Bados,

A. & García, E. (2010) “La terapia cognitiva incluye aquellas técnicas que se centran directa y primariamente, aunque no exclusivamente, en las cogniciones (verbales y/o en imágenes) de los clientes para modificar estas y las emociones y conducta manifiesta que, se supone, regulan. (...)” (p.2), considerando que, como lo afirma Beck, J. (1995) “La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas.” (p.32), es decir que una cognición será la base fundamental del comportamiento de una persona, esa idea o pensamiento influirá de manera directa en cómo alguien se comporte en un momento determinado y el sentimiento que sea evocado, es así que en esta teoría la base fundamental del sujeto será el pensamiento.

Por lo tanto, se debe considerar la interpretación que presta la persona a un determinado acontecimiento parafraseando a Beck, A. (1964) y Ellis, A. (1962) mencionados por Beck, J. (1995) “Los sentimientos no están determinados, por las situaciones mismas, sino más bien por el modo en como las personas interpretan esas situaciones” (p.32) es así que los sentimientos estarán directamente asociados a la forma de interpretar una situación.

En base a estos postulados se determina como fundamental la identificación de tres elementos esenciales en la distorsión del pensamiento, en escala se debe iniciar con el reconocimiento de Pensamientos Automáticos, posterior con Creencias Intermedias y finalmente con Creencias Centrales, siendo estos los elementos básicos planteados por Beck en el desarrollo de su teoría, los cuales ayudan a la reestructuración cognitiva del individuo y por lo tanto a un mejor estilo de vida, el cual sea más saludable para sí mismo como los demás.

- **Pensamientos Automáticos:** Es la interpretación de una situación, estos son experimentados no únicamente por las personas con trastornos psicológicos, sino más bien son expresados de forma común de manera general, estos pensamientos influyen de manera directa en las emociones, comportamiento y la reacción fisiológica que el individuo presenta

posterior a la manifestación de los mismos, sin embargo Beck, J. (1995) menciona que “Las personas con trastornos psicológicos, no obstante, a menudo perciben mal situaciones neutras o hasta positivas y deforman sus pensamientos automáticos.” (p.103), estos tipos de pensamientos tienen una característica fundamental como expresa Beck, A. (1964) mencionada por Beck, J. (1995) “Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto.” (p.103), generalmente el individuo tiene poca conciencia de la existencia de estos pensamientos,, por lo que si la persona aprende a identificarlos, podrá controlarlos, y si esta presenta algún tipo de desorden psicológico podrá establecer el grado de realidad de los mismos; generalmente este tipo de pensamiento suele ser de una duración muy corta y el sujeto tiene más conciencia de la emoción generada por el mismo, que del propio pensamiento, estos pensamientos pueden tener una connotación visual, verbal o pueden ser de manera mixta y pueden ser evaluados según la validez y utilidad.

- **Distorsiones Cognitivas:** Suelen ser errores del pensamiento en los cuales se consigna un valor verbal o una imagen, que se encuentran ligados a los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas más comunes y que menciona Beck, J. (1995) son: “Pensamiento de tipo “todo o nada”, Pensamiento catastrófico, Descalificar, Razonamiento Emocional, Catalogar, Magnificar/minimizar, Filtro mental, Leer la mente, Sobregeneralización, Personalización, Afirmaciones del tipo “Debo” y ”Tengo qué”, Visión en forma de túnel ” (p. 152), así también Beck, A. (1975) menciona como una distorsión cognitiva al “imaginar somático”.(p.314).
- **Creencias Intermedias:** Las creencias son las formaciones elementales y elaboradas en el ámbito cognitivo cuyo inicio se remonta a la infancia de la persona, que realiza el individuo acerca de si mismo y del mundo, las

creencias centrales según Beck, J. (1995) “tiene lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales” (p.34), se las puede describir como un elemento un poco menos flexible que los pensamientos automáticos pero de mayor maleabilidad que las creencias centrales, es así que en su libro Beck, J. (1995) menciona que las ideas intermedias “se encuentran compuestas por reglas, actitudes y presunciones” (p.173), es decir las creencias intermedias son las formaciones que realiza el individuo acerca de cómo debe actuar en una determinada situación, cuyos elementos podrían ser positivo o negativos.

- **Creencias Centrales:** Son elementos e ideas de orden fundamental para la persona, que generalmente se encuentran en lo más profundo de las cogniciones del individuo, es así que estas no suelen ser manifiestas ni siquiera ante la propia persona, por ello Beck, J. (1995) afirma que las creencias centrales “son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas. (...) constituyen el nivel más esencial de las creencias. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso.” (p.33-34), las creencias centrales consideran el menor nivel de flexibilidad en las cogniciones, pensamientos e ideas de la persona, y estas son las encargadas de efectuar conductas y emociones determinadas, ante un acontecimiento específico ya sea sobre sí mismo o el mundo; las creencias centrales según Beck, J. (1995) se pueden categorizar en dos grandes grupos “Creencias centrales de desamparo y Creencias centrales de incapacidad de ser amado” (p.209), de estos grandes grupos nacen varias creencias identificadas, destacándose “estoy indefenso, soy vulnerable, soy defectuoso” puesto que estas se concatenan con los elementos mostrados en la investigación.

Es así que, para mejorar los elementos mencionados, y se vuelven más adaptivos para las personas se pueden utilizar distintas técnicas de orden cognitivo-conductual.

6.7.2.6.1 Registro de pensamiento disfuncionales.

Es una técnica en la cual la persona puede llevar un registro de los pensamientos disfuncionales y le causan el malestar emocional, es decir que puede efectivizar los procesos cognitivos de una manera más real, y resulta un apoyo para la identificación de pensamientos automáticos y la elaboración de los mismos.

6.7.2.6.2 Cuestionario socrático para la modificación de creencias.

Se trata de una técnica en la cual el terapeuta reformula las mismas preguntas del paciente para evaluar los pensamientos automáticos de la persona, ayudando así al sujeto a identificar y a entender de mejor manera dichos pensamientos, y de tal forma que el proceso no sea tan abstracto, profundo e intelectual sino que este sea más significativo y concreto.

6.7.2.6.3 Cotinuum cognitivo para la modificación de creencias.

Esta es una de las técnicas más útiles para reconocer pensamientos automáticos y creencias que evidencian algún tipo de pensamiento polarizado, puesto que le ayuda al sujeto a reconocer puntos intermedios en el proceso y n ser extremistas en una situación determinada.

6.7.2.6.4 Dramatización Racional Emocional.

Esta técnica se utiliza cuando el paciente reconoce de manera intelectual que la creencia es desadaptativa y disfuncional para sí mismo, sin embargo de manera yuxtapuesta el sujeto manifiesta continuar de manera emocional la continua sintiendo con fuerza, es ahí cuan el terapeuta iniciara con una dramatización junto con el paciente, en primer lugar el terapeuta tomara la posición de la parte racional y el

paciente será la emocional, posterior a eso cambiaran de papeles siempre tomando el rol de “yo”.

6.7.2.6.5 Formulario de Creencias Centrales.

Esta técnica es utilizada posterior a que el paciente ha entendido que los pensamientos automáticos disfuncionales pueden ser modificados, es en este formulario donde el individuo reconoce la idea central presentada y le otorga un porcentaje determinado junto con la nueva creencia adaptativa, que al igual que la anterior otorgara una calificación porcentual, con el fin de controlar los supuestos de las creencias en cada persona.

6.7.2.6.6 Desarrollo de Metáforas.

Esta técnica consiste en alejar a la persona de las creencias centrales del mismo, mediante la utilización de metáforas, o acontecimientos que resulten familiares para el individuo y de esta manera la persona puede analizar la situación y reflexionar acerca de la validez de dicha creencia.

6.7.2.6.7 Comprobaciones históricas de la creencia.

Esta técnica consiste en analizar de manera histórica las creencias que la persona ha mantenido a través del tiempo en búsqueda de evidencia que corrobore dichas creencias, de tal forma que el paciente se vea beneficiado del análisis.

6.7.2.6.8 Resolución de Problemas.

Esta técnica consiste en indagar acerca de los problemas que pueda presentar el paciente, aparte de las creencias negativas, para de esta manera transformar esos problemas en objetivos positivos a través de direccionamientos claros.

6.7.2.6.9 Toma de decisiones.

Esta técnica está basada exclusivamente en analizar las ventajas y desventajas de una decisión en específico de esta manera el paciente puede llegar a la mejor solución a través del análisis.

6.7.2.6.10 Distracción y refocalización.

Esta técnica es utilizada y recomendada cuando el paciente identifica el pensamiento automático pero al momento de hacerlo no puede modificarlo por alguna razón, es ahí cuando el sujeto debe distraerse y focalizar su atención en alguna actividad que requiera su total concentración hasta que aquel pensamiento pueda ser analizado y reestructurado, Allí igual que el análisis de la interpretación de la situación.

6.7.2.6.11 Tarjetas de apoyo

Son tarjetas que deben ser revisadas de manera sistemática por el paciente o cuantas veces considere necesaria, para el manejo de pensamiento automáticos o creencia centrales, las mismas que deben estar escritas en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, esta estrategia conductual ayuda a activar ciertos elementos cognitivos para mejorar la estabilidad del paciente.

6.7.2.6.12 Relajación

Esta técnica descrita por Jacobson (1975) es una de las más eficaces para la relajación muscular del individuo, mencionada como progresiva, esta técnica consiste en tensar y relajar cada grupo de músculos del cuerpo hasta poder discriminar que tejido se encuentra relajado y cual se encuentra en tensión, generalmente utilizada para disminuir los niveles de ansiedad en el sujeto.

6.7.3 Operaciones dentro del Manual de Salud Mental para la prevención de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad.

Para la intervención psicológica y la aplicación de los distintos métodos terapéuticos, es necesario basarse en elementos certificados y eficaces al momento de aplicarlos en una población determinada, es así que, en el primer paso para la intervención en los Médicos Residentes, Internos Rotativos y Pasantes de Medicina, se establece un manual de salud mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, considerando el proceso evolutivo de la población, y sus necesidades elementales, además, como menciona Jané-Llopis (2007) en su investigación acerca de la salud mental en la cual afirma que:

“Prevenir significa literalmente “intervenir o actuar con anticipación para impedir que algo ocurra”. La prevención de los trastornos mentales se centra en reducir los factores de riesgo, la incidencia, la prevalencia y la recurrencia de los trastornos mentales, así como la duración de los periodos sintomáticos o las condiciones de riesgo para el desarrollo de una enfermedad mental, previniendo o retrasando las recurrencias así como el impacto de la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad.”(p.2)

Es decir que la aplicación del manual de salud mental estará orientada hacia la disminución de factores de riesgo y a un futuro desarrollo de algún padecimiento mental, de manera especial ideas hipocondriacas y por ende los distintos niveles de ansiedad que puedan afectar el desempeño de la población en riesgo, considerando qué el factor fundamental de todo tratamiento es la prevención, por lo mismo el manual presenta un enfoque cognitivo, considerando el esquema de la relación entre la conducta y los pensamientos automáticos de Beck, J. (1995) en el que se menciona que :

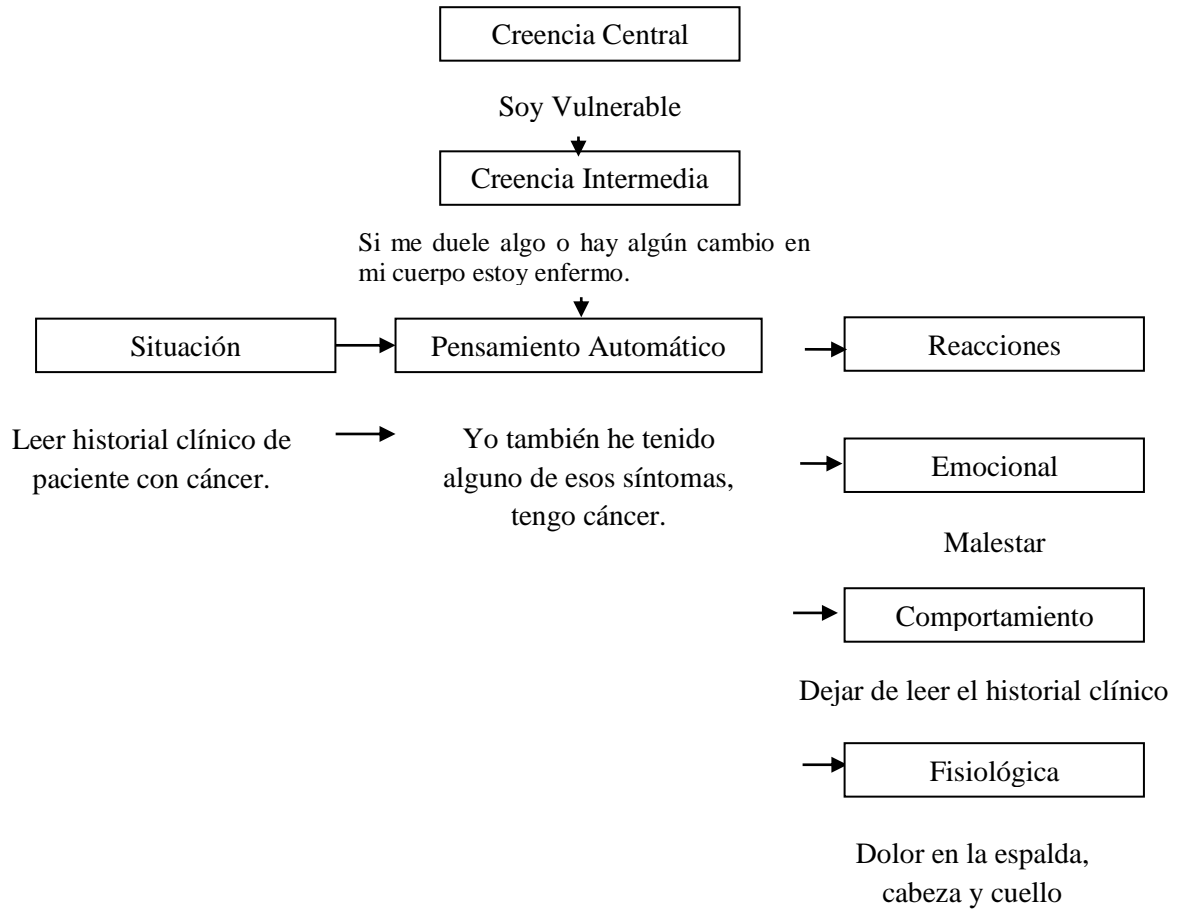


Gráfico No. 25 Esquema de relación entre conducta y pensamientos automáticos
Tomado de: Beck, J. (1995)
Elaborado por: Rafael Silva Q.
Fuente: Beck, J. Terapia Cognitiva (1995) (p. 37)

Es decir que una conducta puede afectar de manera directa a una persona a través de un pensamiento automático, que deviene de una creencia intermedia, y a su vez de una creencia central, provocando en el sujeto presente reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas; considerando el esquema propuesto por Beck, J. (1995) se debe actuar en el reconocimiento de pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales de la persona o grupo de personas investigadas, siendo el punto esencial la prevención y reconocimiento de los mismos a través de un manual.

6.7.3.1 Introducción del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipocóndricas y niveles de ansiedad.

En el año 2013 en la ciudad de Ambato – Ecuador, se inicia con el proceso de investigación acerca de la existencia y prevalencia de ideas hipocóndricas y niveles de ansiedad en Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina y Pasantes de Medicina en el Hospital Provincial Docente Ambato, en cada una de las dependencias de la mencionada casa de salud, encontrando datos que corroboran la hipótesis inicial de la investigación; puesto que el 33% presenta preocupación corporal, 41% fobia a la enfermedad y 25% convicción de presencia de la enfermedad, concluyendo que la formación y la profesión de medicina en los primeros años de ejercicio profesional y en los últimos de estudio son intervinientes en el desarrollo de ideas hipocóndricas, preocupaciones hipocóndricas o hipocondría secundaria, que elevan los niveles de ansiedad en estos individuos de manera considerable, afectándolos en las principales áreas de desarrollo de la persona como son; el área social, laboral, familiar y personal.

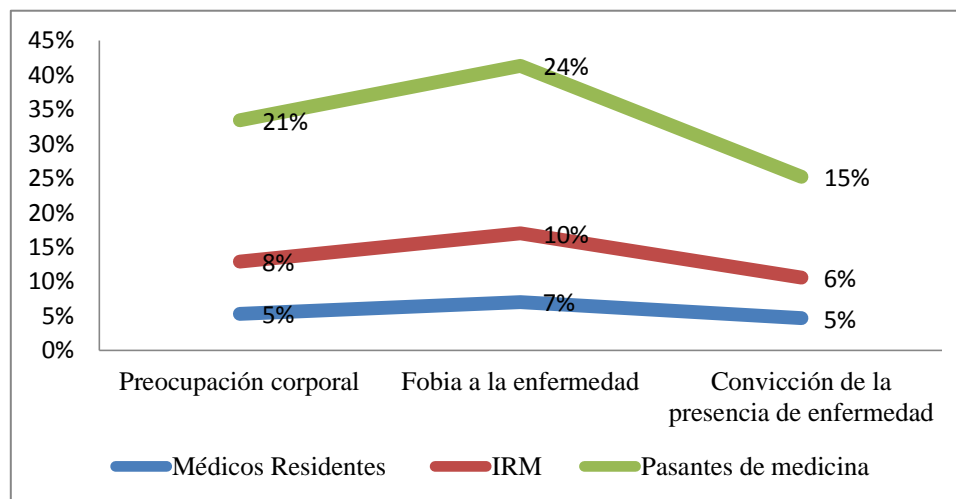


Gráfico No. 26: Epidemiología ideas hipocóndricas año 2013

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación de Campo.

Considerando los datos establecidos y la importancia de la profesión que desarrolla la población evaluada, se considera fundamental la prevención y contención de los elementos de salud mental, por lo mismo se debe entregar conocimientos y herramientas básicas para que los médicos, internos y pasantes de medicina puedan utilizarlos en el día a día de su carrera y formación profesional.

6.7.3.2 Conceptos Básicos del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad.

- **¿Qué es prevención?**

Es resguardar la integralidad de la persona, para evitar cualquier contra tiempo que pueda afectar y vulnerar al individuo en algún aspecto fundamental de desarrollo.

- **¿Qué es salud mental?**

Salud mental es el equilibrio entre todos los aspectos que rodean a una persona, consiguiendo un bienestar que le permite potenciar cada una de las virtudes del individuo y su alrededor; como lo menciona Aguilar (2010) salud mental es“1. Estar bien consigo mismo, 2. Estar bien con los demás 3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria...” (p.23).

- **¿Qué son ideas hipocondriacas?**

Es una distorsión cognitiva acerca del funcionamiento del cuerpo y estado de salud en un momento determinado, esta idea no perdura en el tiempo y puede transformarse de una idea a otra, pero manteniendo la preocupación por el estado de salud del individuo.

- **¿Qué es autoevaluación?**

Es una técnica utilizada para llegar a un objetivo específico, es decir que el individuo explora los elementos que lo rodean y lo llevan a pensar o actuar de una

manera específica, analizando su significancia y valides, este proceso puede estar estructurado a través de reactivos específicos o por simple análisis.

- **¿Qué es ansiedad?**

Es una reacción natural en los individuos para la supervivencia y la conservación de la especie, sin embargo las reacciones de la ansiedad pueden alcanzar niveles poco adaptativos en determinadas situaciones afectando al individuo y a terceras personas, es en ese momento, cuando aquellas manifestaciones ansiosas se traducen a un trastorno de ansiedad.

- **¿Qué es un pensamiento automático?**

Es la interpretación de una situación, estos son experimentados no únicamente por las personas con trastornos psicológicos, ya que son expresados de forma común de manera general, estos pensamientos influyen de manera directa en las emociones, comportamiento y reacción fisiológica.

- **¿Qué son distorsiones cognitivas?**

Suelen ser errores del pensamiento en los cuales se consigna un valor verbal o una imagen, que se encuentran ligados a los pensamientos automáticos.

Las distorsiones cognitivas más comunes según Beck, J. (1995) son:

- ✓ Pensamiento de tipo “todo o nada”
- ✓ Pensamiento catastrófico
- ✓ Descalificar
- ✓ Razonamiento Emocional
- ✓ Catalogar,
- ✓ Imaginar somático, entre otros.

- **¿Qué son creencias intermedias?**

Las creencias son las formaciones elementales y elaboradas en el ámbito cognitivo cuyo inicio se remonta a la infancia de la persona, que realiza el individuo acerca de sí mismo y del mundo, son las formaciones que realiza la persona acerca de cómo debe actuar en una determinada situación, cuyos elementos podrían ser positivo o negativos.

- **¿Qué son creencias centrales?**

Son elementos e ideas de orden fundamental para la persona, generalmente se encuentran en lo más profundo de las cogniciones del individuo, es así que estas no suelen ser manifiestas ni siquiera ante la propia persona, las creencias centrales son las de menor flexibilidad en las cogniciones, pensamientos e ideas del sujeto y son las encargadas de efectuar conductas y emociones determinadas, ante un acontecimiento específico ya sea sobre sí mismo o el mundo.

6.7.3.3 Estrategias de reconocimiento y afrontación del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad.

6.7.3.3.1 Estrategias de reconocimiento.

1. Reconocer Presente – futuro inmediato.

- **¿Puedo enfrenar los retos de cada día?**

Una de las mayores causales de los niveles de ansiedad, estrés y distorsiones de la realidad, es la preocupación por problemas a resolver, lo que resulta bastante coherente al análisis, sin embargo el escollo se encuentra cuando, la mencionada problemática se encuentra en tiempos diferentes al presente o futuro inmediato, es decir, la concentración y dedicación de tiempo y energía a problemas ya pasados o posibles problemas que puedan suscitarse en un futuro lejano.

Por lo mismo resulta fundamental que cada individuo reconozca que el único momento en el cual puede establecerse es el presente; a pesar que, es una de las primicias fundamentales para la estabilidad cognitiva y emocional de los individuos resulta bastante complicado aplicarla, sin embargo al analizar las causales del problema e identificar el pensamiento que agobia al individuo, suele ser más sencillo establecerse en el tiempo adecuado, para hacerlo se debe realizar tres sencillas preguntas ante un suceso específico:

- ✓ ¿Qué pienso?
- ✓ ¿Qué siento?
- ✓ ¿Cómo actúo?

Al identificar estos tres elementos fundamentales, se los debe trasladar al presente de la persona, cuestionando si lo que se piensa del acontecimiento sucederá de manera súbita sin oportunidad de cambio, es necesario considerar que, generalmente los pensamientos que se desarrollan de una situación determinada suelen estar sobredimensionados, al identificar el pensamiento del sujeto, entenderá el origen del sentimiento acerca del acontecimiento que aqueja a la persona, puesto que, de una cognición nacen todo tipo de sentimientos, provocando cierto tipo de conductas para enfrentar esos pensamientos y sentimientos.

Es así que cada día, en cada reto que deba resolver el individuo, en su diario vivir debe focalizar su atención en el presente o futuro inmediato, de tal manera que el sujeto pueda estratificar acciones claras al problema y no concentrar su atención a supuestos futuros o sucesos pasados.

2. Bienestar consigo mismo.

- ¿Cómo puedo estar bien conmigo mismo?

El primer paso para que una persona pueda presentar un bienestar personal, es identificar, ¿qué es estar bien consigo mismo?, si bien es un término utilizado con frecuencia e incluso manipulado a tal punto que ha perdido la esencia de su significado, el bienestar personal o estar bien consigo mismo, no es otra cosa que

iniciar una conciliación personal, es decir quererse, respetarse, valorar las virtudes personales y reconocer las limitaciones que cada uno puede tener en distintos momentos o situaciones, como primicia para poder estar bien con las demás personas, es así que el estar bien consigo mismo, permite al sujeto enfrentar los retos diarios de cada día, puesto que reconoce y asegura el potencial que tiene, y por lo mismo minimiza de manera considerable las posibles perturbaciones que se puedan presentar en la cotidianidad, además que produce en el sujeto sentimientos de valía e independencia, al momento de la toma de decisiones, pensamientos y en consecuencia sentimientos y conductas, este bienestar se verá reflejado en cada una de las esferas de desarrollo de la persona, es decir en el área social, laboral y personal del individuo.

3. Bienestar con los demás.

- ¿Cómo puedo estar bien con los demás?

El punto más importante para poder encontrar un bienestar con las demás personas, es presentar estabilidad consigo mismo, es decir cumplir con el punto dos, sin embargo deben existir consideraciones puntuales como lo son: prestar empatía y asertividad a los demás, ya que para que exista una relación sana entre varias personas debe respetarse las emociones y sentimientos así como pensamientos de cada sujeto, además debe establecerse conexiones de respeto y ayuda desinteresada para que la relación con el resto de individuos sea verdadera y exista un efectivo apoyo para una relación estable y sana.

Es así que al identificar y reconocer los tres elementos planteados se puede establecer parámetros adecuados para una correcta salud mental es decir:

- ✓ **Reconocer Presente – futuro inmediato.**
- ✓ **Bienestar consigo mismo.**
- ✓ **Bienestar con los demás.**

Existen varias técnicas y estrategias que el individuo puede poner en práctica para salvaguardar su salud mental, en especial cuando esta se puede ver desequilibrada por el ambiente, además de considerar los tres factores que influyen en la contención de

la salud mental, se pueden ejecutar varias técnicas que potencien la estabilidad de la salud mental, como el interrogatorio de pensamientos automáticos y el autoregistro de pensamiento, estas técnicas resultan de gran ayuda para identificar pensamientos automáticos (interpretación de una situación) que puedan afectar a la persona, así como sobrellevarlos, aceptarlos o desestimarlos, considerando que el ambiente de trabajo de los profesionales de la salud propicia el desarrollo de cogniciones acerca del estado de salud, afectándolo de manera considerable como se vio en un principio.

- **Interrogatorio de Pensamientos Automáticos.**

Es una técnica que sirve para identificar la evidencia y validez del pensamiento detectado, así como la explicación, alternativa, efecto y una posible solución del mismo, brindándole al individuo la posibilidad de evaluar dicha cognición, brindándole la oportunidad al sujeto de reflexionar acerca de la veracidad de la misma, es así que Beck, J. (1995) plantea un esquema para el interrogatorio:

Interrogatorio acerca de Pensamientos Automáticos.
<p>1. ¿Cuál es la evidencia? ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra?</p>
<p>2. ¿Hay alguna explicación alternativa?</p>
<p>3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la posibilidad más realista?</p>
<p>4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?</p>
<p>5. ¿Qué debo hacer al respecto?</p>
<p>6. ¿Qué le diría a un _____ (paciente) si estuviese en la misma situación?</p>

Tabla N° 27. Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos.

Tomado de: Beck, J. (1993)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Beck, J. Terapia Cognitiva (1995) (p. 142)

La aplicación del interrogatorio es bastante sencilla, y es aplicable a todos los pensamientos identificados.

- **Registro de pensamientos disfuncionales.**

Es una técnica en la cual la persona puede llevar un registro de los pensamientos disfuncionales que le causan malestar emocional, de tal manera que puedan ser identificables y manejables, para que los mismos sean más adaptativos para el individuo, es así que Beck, J. (1995) plantea el siguiente esquema para el registro de pensamientos disfuncionales:

Instrucciones: Cuando Ud. note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y, tan pronto como sea posible, consigne por escrito el pensamiento o imagen en la columna correspondiente a Pensamiento automático.					
Día/hora	Situación.	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado.
	1.¿Qué acontecimientos reales, cadenas de pensamientos, ensañaciones o recuerdos o llevaron a esa emoción desagradable?	1.¿Qué pensamiento y/o imágenes pasaron por su mente?	1.¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira) sintió en ese momento?	1.(Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo?	1. ¿Cuánto cree Ud. ahora en cada pensamiento automático?
	2.¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentó (si hubo alguna)?	2.¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	2.¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?	2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos. 3.¿Cuánto cree Ud. en cada respuesta?	2. ¿Qué emoción siente actualmente? ¿Con qué grado de intensidad (0 a 100%)?. 3.¿Qué hará (o hizo)?
Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____(nombre de un amigo) se encontrara en esta situación y tuviese ese pensamiento ¿Qué le diría?					

Tabla N° 28. Registro de pensamientos disfuncionales.

Tomado de: Beck, J. (1995)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Beck, J. Terapia Cognitiva (1995) (p. 142)

6.7.3.3.2 Estrategias de afrontación.

1. Distracción y refocalización.

Esta técnica se utiliza cuando la persona identifica el pensamiento automático pero al momento de hacerlo no puede modificarlo por alguna razón, es ahí cuando debe distraerse y focalizar su atención en alguna actividad que requiera su total concentración hasta que aquel pensamiento pueda ser analizado y reestructurado, apoyándose en ejercicios básicos como:

- ✓ Razonamiento lógico, verbal, abstracto.
- ✓ Cuento.
- ✓ Crucigramas, entre otros.

2. Tarjetas de apoyo

Son tarjetas que deben ser revisadas de manera sistemática por el paciente o cuantas veces considere necesaria, para el manejo de pensamiento automáticos o creencia centrales, las mismas que deben estar escritas en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, esta estrategia conductual ayuda a activar ciertos elementos cognitivos para mejorar la estabilidad del paciente.

3. Relajación

Esta técnica descrita por Jacobson es una de las más eficaces para la relajación muscular del individuo, mencionada como progresiva, esta técnica consiste en tensar y relajar cada grupo de músculos del cuerpo hasta poder discriminar que tejido se encuentra relajado y cual se encuentra en tensión, generalmente utilizada para disminuir los niveles de ansiedad en el sujeto.

- **Preparación.**

Es fundamental que la persona se encuentre en un espacio tranquilo y calmado que propicie un ambiente de paz para potenciar el estado de relajación, la persona debe

sentarse en un sillón o recostarse en un sitio cómodo con los ojos cerrados, de tal forma que el cuerpo del sujeto pueda relajarse.

Primera Etapa: Tensión-relajación.

Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

- ✓ Frente: Arruga unos segundos y relaje lentamente.
- ✓ Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
- ✓ Nariz: Arrugar unos segundos y relaje lentamente.
- ✓ Boca: Sonreír ampliamente, relaje lentamente.
- ✓ Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaje lentamente.
- ✓ Labios: Arrugar como para dar un beso y relaje lentamente.
- ✓ Cuello y nuca: Flexione hacia atrás, vuelva a la posición inicial. Flexione hacia adelante, vuelva a la posición inicial lentamente.
- ✓ Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelva a la posición inicial lentamente.

- **Relajación de brazos y manos.**

Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos.

- ✓ Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaje lentamente.
- ✓ Relajación de tórax, abdomen y región lumbar.
- ✓ Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
- ✓ Tórax: Inhalar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Exhalar lentamente.
- ✓ Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.

.Segunda Etapa: Repaso.

Repase mentalmente cada una de las partes que se ha tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaje aún más cada una de ellas.

Tercera Etapa: Relajación Mental.

Finalmente piense en algo agradable, algo que le guste, que sea relajante, música, un paisaje, entre otros, o bien deje la mente en blanco.

6.7.4 Operaciones dentro de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad.

6.7.4.1 Registro de pensamientos disfuncionales.

Es una técnica en la cual la persona puede llevar un registro de los pensamientos disfuncionales y le causan el malestar emocional, es decir que puede efectivizar los procesos cognitivos de una manera más real, y resulta un apoyo para la identificación de pensamientos automáticos y la elaboración de los mismos.

6.7.4.2 Cuestionario socrático para la modificación de creencias.

Se trata de una técnica en la cual el terapeuta reformula las mismas preguntas del paciente para evaluar los pensamientos automáticos de la persona, ayudando así al sujeto a identificar y a entender de mejor manera dichos pensamientos, y de tal forma que el proceso no sea tan abstracto, profundo e intelectual sino que este sea más significativo y concreto.

6.7.4.3 Cotinuum cognitivo para la modificación de creencias.

Esta es una de las técnicas más útiles para reconocer pensamientos automáticos y creencias que evidencian algún tipo de pensamiento polarizado, puesto que le ayuda al sujeto a reconocer puntos intermedios en el proceso y no ser extremistas en una situación determinada.

6.7.4.4 Dramatización Racional Emocional.

Esta técnica se utiliza cuando el paciente reconoce de manera intelectual que la creencia es desadaptativa y disfuncional para sí mismo, sin embargo de manera yuxtapuesta el sujeto manifiesta continuar de manera emocional la continua sintiendo con fuerza, es ahí cuando el terapeuta iniciara con una dramatización junto con el paciente, en primer lugar el terapeuta tomara la posición de la parte racional y el paciente será la emocional, posterior a eso cambiaran de papeles siempre tomando el rol de “yo”.

6.7.4.5 Formulario de Creencias Centrales.

Esta técnica es utilizada posterior a que el paciente ha entendido que los pensamientos automáticos disfuncionales pueden ser modificados, es en este formulario donde el individuo reconoce la idea central presentada y le otorga un porcentaje determinado junto con la nueva creencia adaptativa, que al igual que la anterior otorgara una calificación porcentual, con el fin de controlar los supuestos de las creencias en cada persona.

6.7.4.6 Desarrollo de Metáforas.

Esta técnica consiste en alejar a la persona de las creencias centrales del mismo, mediante la utilización de metáforas, o acontecimientos que resulten familiares para el individuo y de esta manera la persona puede analizar la situación y reflexionar acerca de la validez de dicha creencia.

6.7.4.7 Comprobaciones históricas de la creencia.

Esta técnica consiste en analizar de manera histórica las creencias que la persona ha mantenido a través del tiempo en búsqueda de evidencia que corrobore dichas creencias, de tal forma que el paciente se vea beneficiado del análisis.

6.7.4.8 Resolución de Problemas.

Esta técnica consiste en indagar acerca de los problemas que pueda presentar el paciente, aparte de las creencias negativas, para de esta manera transformar esos problemas en objetivos positivos a través de direccionamientos claros.

6.7.4.9 Toma de decisiones.

Esta técnica está basada exclusivamente en analizar las ventajas y desventajas de una decisión en específico de esta manera el paciente puede llegar a la mejor solución a través del análisis.

6.7.4.10 Distracción y refocalización.

Esta técnica es utilizada y recomendada cuando el paciente identifica el pensamiento automático pero al momento de hacerlo no puede modificarlo por alguna razón, es ahí cuando el sujeto debe distraerse y focalizar su atención en alguna actividad que requiera su total concentración hasta que aquel pensamiento pueda ser analizado y reestructurado, Allí igual que el análisis de la interpretación de la situación.

6.7.4.11 Tarjetas de apoyo

Son tarjetas que deben ser revisadas de manera sistemática por el paciente o cuantas veces considere necesaria, para el manejo de pensamiento automáticos o creencia centrales, las mismas que deben estar escritas en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, esta estrategia conductual ayuda a activar ciertos elementos cognitivos para mejorar la estabilidad del paciente.

6.7.4.12 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.

6.7.4.12 Relajación

Esta técnica descrita por Jacobson (1975) es una de las más eficaces para la relajación muscular del individuo, mencionada como progresiva, esta técnica consiste en tensar y relajar cada grupo de músculos del cuerpo hasta poder discriminar que tejido se encuentra relajado y cual se encuentra en tensión, generalmente utilizada para disminuir los niveles de ansiedad en el sujeto.

6.8 Metodología.

Etapa	Objetivo	Actividades	Tiempo	Recursos
OBSERVAR Y EVALUACION PRE SITUACIONAL	Identificar y analizar las características que constituyen a la población diana.	Interacción con la población.	Tres días.	_____
	Organización de la metodología Evaluación Inicial y Encuadre	Aplicación de reactivos y diálogo	Dos semanas	Copias de reactivos, esferos.
Socialización	Estimular y concientizar la importancia de la salud mental en los médicos residentes, IRM, y pasantes de medicina en la prevención primaria de ideas hipochondriacas.	Presentación del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipochondriacas y niveles de ansiedad.	4 horas.	Manual de salud mental laptop proyector
Identificación y prevención de ideas hipochondriacas.	Identificar y prevenir el impacto de ideas hipochondriacas	Aplicación de técnicas y herramientas para la prevención e identificación de ideas hipochondriacas.	10 semanas.	Copias. laptop Proyector.
Afrontación y de reducción de síntomas.	Afrontar y reducir síntomas de la ideación hipochondriaca y niveles de	Aplicación de técnicas y herramientas para la afrontación y reducción de síntomas.	6 semanas	_____

	ansiedad.			
Disminución de ideas hipocondriacas y contención mental.	Disminuir la ideación hipocondriaca y contener la salud mental del sujeto.	Aplicación de técnicas y herramientas para la disminución de síntomas y contención de la estabilidad mental.	3 semanas.	Manual de salud mental para ideas hipocondriacas.

Tabla N° 29. Metodología.

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Chávez, H. 2010 (Manual de Salud Mental MSPE) – Beck, J. 1995.

6.9 Modelo Operativo.

6.9.1 Modelo Operativo del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad.

Orden	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos
1	Mantener un ambiente de calma y confianza.	Dinámica de presentación	20 – 30 minutos.	Lápices hojas.
2	Analizar los resultados de la investigación previa a acerca de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en médicos residentes, IRM, y pasantes de medicina.	Socialización de resultados de investigación previa.	45 minutos.	Laptop. Proyector.
3	Interiorizar conceptos básicos como: Idea Hipocondriaca, Niveles de ansiedad, pensamiento automático, creencias intermedias y centrales.	Explicación de conceptos básicos a través de una plenaria participativa.	60 minutos.	Laptop. Proyector.
4	Precisar estrategias de identificación y afrontamiento para ideas hipocondriacas.	Explicación de estrategias de identificación y afrontación especificadas en el manual de salud mental.	60 minutos.	Laptop. Proyector.
5	Establecer pautas de utilización del manual de salud mental.	Direccionar el manual de salud mental como una herramienta de trabajo y contención para médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina.	60 minutos.	Laptop. Proyector.

Nota: Este proceso de presentación y socialización del Manual de Salud Mental para la prevención primaria de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad, estará realizada en una sola jornada de 4 horas, en tres horarios distintos, para médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina, para optimizar tiempo y recursos el día 9 de enero del 2015

Tabla N° 30. Modelo Operativo.

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Chávez, H. 2010 (Manual de Salud Mental MSPE)

6.9.2 Modelo Operativo de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el manejo de ideas hipocondriacas y ansiedad.

Orden	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos
Aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la identificación y prevención de ideas hipocondriacas.				
1.	Aplicar el Índice Whiteley de hipocondría y el test de ansiedad de Hamilton, a médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina, para identificar a los pacientes objetivo.	Emplear los dos reactivos psicológicos a la población establecida	12 – 30 de Enero de 2015.	Copias de reactivos, esferos.
2.	Establecer un Registro de pensamiento disfuncionales.	Presentar y explicar la utilización del registro de pensamiento al paciente. Anexo 1.	5- 18 de febrero de 2015.	Copias. laptop y proyector.
3.	Emplear cuestionario socrático para la modificación de creencias.	Conversatorio con el paciente identificado.	20- 25 de febrero de 2015.	_____
4.	Desarrollar cotinuum cognitivo para la modificación de creencias.	Conversatorio con el paciente identificado, para reconocer puntos intermedios.	5 al 15 de marzo de 2015.	_____
5.	Aplicar una dramatización Racional Emocional.	Dramatización de los elementos racionales “yo” y emocionales	17 – 30 de marzo de 2015.	_____

6.	Elaborar Formulario de Creencias Centrales.	Presentar y explicar la utilización del Formulario de creencias centrales. Anexo 2.	2 - 12 de abril de 2015	Copias. laptop y proyector.
Aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la afrontación y reducción de síntomas.				
7.	Aplicar desarrollo de Metáforas.	Conversatorio y reflexión con el paciente identificado, para alejarlo de las creencias centrales.	12 - 30 de abril de 2015	_____
8.	Desarrollo de comprobaciones históricas de la creencia.	Análisis de las creencias en busca de evidencias.	2 - 15 de mayo de 2015	_____
9.	Aplicar resolución de Problemas.	Indagar problemas y creencias negativas del paciente identificado para transformar esos problemas en objetivos positivos.	15 - 30 de mayo de 2015	_____
Aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la disminución de ideas hipocondriacas y contención mental.				
10.	Establecer toma de decisiones.	Análisis de ventajas y desventajas de una decisión específica de para llegar a la solución a través del análisis.	1 - 10 de junio de 2015	_____
11.	Entablar distracción y refocalización.	Directrices y aplicación de elementos que permita distraerse y focalizar su atención en alguna actividad que requiera su total concentración hasta que el pensamiento pueda ser analizado y reestructurado.	11 - 15 de junio de 2015	Manual de salud mental para ideas hipocondriacas.

		Anexo 3.		
12.	Aplicar Tarjetas de apoyo.	Elaborar tarjetas de apoyo con pensamientos automáticos o creencias centrales, y en la parte posterior una respuesta adaptativa de las mismas Anexo 4.	16 – 21 de junio de 2015	Tarjetas de apoyo.
13.	Aplicar descatastrofización.	Analizar los pensamientos y creencias del paciente identificados y buscar si existe una base real que fundamenten lo mismos.	22 – 27 de junio de 2015	Registro de pensamientos disfuncionales y formulario de creencias centrales.
14.	Inducir a Relajación.	A través de directrices claras establecer las técnicas y herramientas para la relajación progresiva de Jacobson. Anexo 5.	28 – 30 de Junio de 2015	

Tabla N° 31. Modelo Operativo.
Elaborado por: Rafael Silva Q.
Fuente: Terapia Cognitiva 1995.

Anexo 1

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES.

Objetivo

- Llevar un registro de los pensamientos disfuncionales que le causan malestar emocional.

Desarrollo

Instrucciones: Cuando Ud. note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y, tan pronto como sea posible, consigne por escrito el pensamiento o imagen en la columna correspondiente a Pensamiento automático.					
Día/hora	Situación.	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado.
	<p>1.¿Qué acontecimientos reales, cadenas de pensamientos, ensoñaciones o recuerdos o llevaron a esa emoción desagradable?</p> <p>2.¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentó (si hubo alguna)?</p>	<p>1.¿Qué pensamiento y/o imágenes pasaron por su mente?</p> <p>2.¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?</p>	<p>1.¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira) sintió en ese momento?</p> <p>2.¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?</p>	<p>1.(Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo?</p> <p>2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos.</p> <p>3.¿Cuantó cree Ud. en cada respuesta?</p>	<p>1. ¿Cuánto cree Ud. ahora en cada pensamiento automático?</p> <p>2. ¿Qué emoción siente actualmente? ¿Con qué grado de intensidad (0 a 100%)?.</p> <p>3.¿Qué hará (o hizo)?</p>
Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____(nombre de un amigo) se encontrara en esta situación y tuviese ese pensamiento ¿Qué le diría?					

Tabla N° 32. Registro de pensamientos disfuncionales.

Tomado de: Beck, J. (1995)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Beck, J. Terapia Cognitiva (1995) (p. 142)

Anexo 2

FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES.

Objetivo

- Identificar la evidencia y validez del pensamiento detectado, así como la explicación, alternativa, efecto y una posible solución del mismo.

Desarrollo

Formulario de Creencias Centrales.	
<p>Antigua creencia central: _____</p> <p>¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a la antigua creencia central?</p> <p>(0-100%) _____</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál fue el mayor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0 – 100%) _____• ¿Cuál fue el menor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0 – 100%) _____ <p>Nueva creencia: _____</p> <p>¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia?</p> <p>(0-100%) _____</p>	
Evidencia que contradice la antigua creencia central y avala la nueva creencia.	Evidencia que avala a la antigua creencia central revisada.

Tabla N° 33. Formulario de creencias centrales.

Tomado de: Beck, J. (1995)

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Beck, J. Terapia Cognitiva 1995

Anexo 3

DISTRACCIÓN Y REFOCALIZACIÓN.

Objetivo

- Distracer y focalizar la atención del sujeto en alguna actividad que requiera su total concentración hasta que aquel pensamiento pueda ser analizado y reestructurado.

Desarrollo

Se encuentra establecidos parámetros claros para cumplir con el objetivo planteado en la estrategia mencionada, teniendo como posibilidad.

- ✓ Razonamiento lógico, verbal, abstracto.
- ✓ Cuento.
- ✓ Crucigramas, entre otros.

El paciente elegirá cualquiera de las opciones para focalizar la atención y concentración, evitando que el pensamiento desagradable actúe de manera directa en las emociones y comportamiento en el momento mismo, permitiéndole ganar tiempo hasta que dicha cognición pueda ser elaborada.

Razonamiento Lógico
<p>1. Una receta exige 4 litros de agua: si tuvieras una jarra de 4 litros no habría problema pero no posees más que 2 jarras sin graduar, una de 5 litros y otra de 3. ¿Es posible medir los 4 litros que necesitamos?</p> <p>A) No es posible. B) Es posible. C) Solo en forma aproximada. D) No se puede responder. E) Pregunta mal formulada</p>
<p>2. En un aula de clase con 120 estudiantes, tres de ellos se enteran de un rumor sobre el examen a las 9:00 a.m. Cada estudiante comunica este hecho, cada media hora, a tres estudiantes que no conocían el rumor, y estos últimos harán lo mismo media hora después, y así sucesivamente.</p> <p>La hora exacta en la cual todos los estudiantes conocen el rumor es:</p> <p>A. 10 m B. 8.50 m</p>

- C. 8.00 m
- D. 7.50 m

3. En la avenida I hay cinco casas (1, 2, 3, 4, 5) que están en línea recta. Cuatro encuestadores (P, Q, R, T) deben visitar, cada uno, solo una de las cinco casas. Analice la siguiente información:

- Los encuestadores P y Q estuvieron separados por una casa.
- Los encuestadores R y T estuvieron separados por dos casas.
- La misma casa no pudo haber sido visitada simultáneamente por dos encuestadores.

De acuerdo con la información dada ¿Cuáles casas no pudieron ser visitadas?

- A) La 1 y la 3
- B) La 2 y la 4
- C) La 2 y la 5
- D) La 3 y la 4
- E) La 3 y la 5

Razonamiento Verbal.

Sinónimos:

Determine 3 sinónimos de cada palabra.

1. Filantropía:
2. Eclosión:
3. Falacia:
4. Extravagante:
5. Inconmensurable:

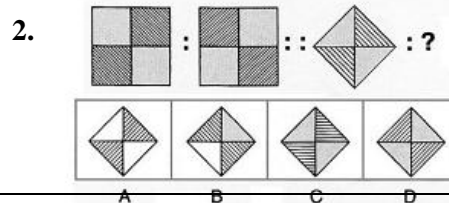
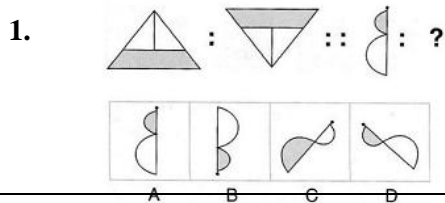
Antónimos:

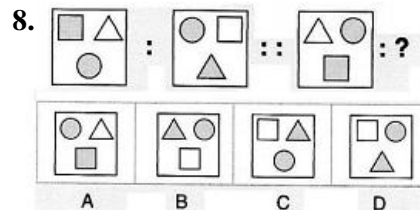
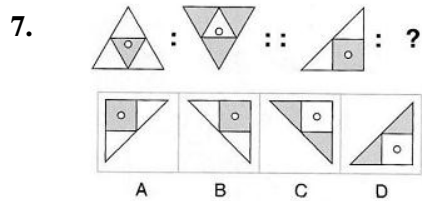
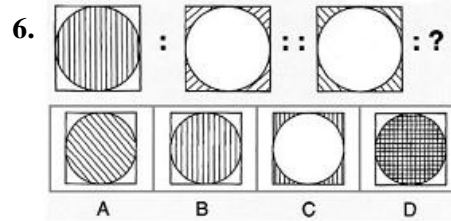
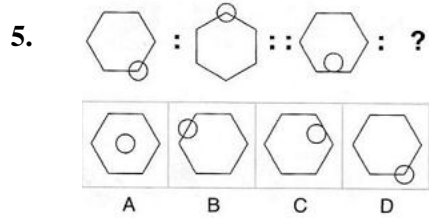
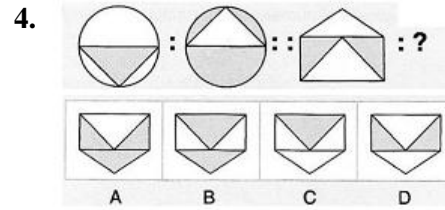
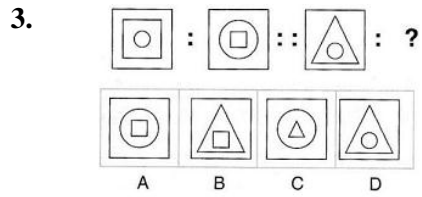
Determine 3 Antónimos de cada palabra.

1. Misanropía:
2. Homogéneo:
3. Aberración:
4. Incongruente:
5. Altruista:

Razonamiento Abstracto.

Analice la secuencia de imágenes y seleccione la respuesta correcta:





Cuento.

Realice la continuación del siguiente cuento, Ud. puede utilizar y expresar su total imaginación, siempre y cuando dicho relato tenga sentido, deberá utilizar un mínimo de 5 palabras (cualquiera) de las trabajadas en sinónimos y antónimos, ¡Buen Trabajo! Inicie.

“Erase una vez, en un pequeño pueblo habitado por gente tranquila y trabajadora, sine embargo algo iba a cambiar por completo la estabilidad de aquella población...”

Tabla N° 34. Distracción y refocalización.
Elaborado por: Rafael Silva Q.
Fuente: Ministerio de Educación (ENES) 2013.

Anexo 4
TARJETAS DE APOYO.

Objetivo

- Activar ciertos elementos cognitivos para mejorar la estabilidad del paciente.

Desarrollo

En lado 1 el sujeto debe escribir los pensamientos automáticos o creencias centrales identificadas y en el lado 2 deberá estar escrito la respuesta adaptativa de la misma, estas tarjetas serán utilizadas cuando el pensamiento o creencia afecten al individuo y este no pueda elaborarla las mismas a través del razonamiento en el acto.

Lado 1: Pensamiento Automático / Creencia Central.

Lado 2: Respuesta Adaptativa.

Anexo 5
RELAJACIÓN.

Objetivo

- Brindar a la persona un estado de calma, tranquilidad y bienestar en momentos de tensión.

Desarrollo

Esta técnica consiste en tensar y relajar cada grupo de músculos del cuerpo hasta poder discriminar que tejido se encuentra relajado y cual se encuentra en tensión.

Relajación.
<p>Preparación.</p> <p>Es fundamental que la persona se encuentre en un espacio tranquilo y calmado que propicie un ambiente de paz para potenciar el estado de relajación, la persona debe sentarse en un sillón o recostarse en un sitio cómodo con los ojos cerrados, de tal forma que el cuerpo del sujeto pueda relajarse.</p>
Primera Etapa: Tensión-relajación
<p>Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Frente: Arruga unos segundos y relaje lentamente.✓ Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.✓ Nariz: Arrugar unos segundos y relaje lentamente.✓ Boca: Sonreír ampliamente, relaje lentamente.✓ Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaje lentamente.✓ Labios: Arrugar como para dar un beso y relaje lentamente.✓ Cuello y nuca: Flexione hacia atrás, vuelva a la posición inicial. Flexione hacia

<p>adelante, vuelva a la posición inicial lentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelva a la posición inicial lentamente. • Relajación de brazos y manos. <p>Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaje lentamente. ✓ Relajación de tórax, abdomen y región lumbar. ✓ Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. ✓ Tórax: Inhalar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Exhalar lentamente. ✓ Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
Segunda Etapa: Repaso.
<p>Repase mentalmente cada una de las partes que se ha tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaje aún más cada una de ellas.</p>
Tercera Etapa: Relajación Mental.
<p>Finalmente piense en algo agradable, algo que le guste, que sea relajante, música, un paisaje, entre otros, o bien deje la mente en blanco.</p>

Tabla N° 35. Relajación Jacobson.

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Mayorga, D. 2012.

6.10 MARCO ADMINISTRATIVO.

6.10.1 Recursos físicos o institucionales

Auditorio/Sala de análisis de caso del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.10.3 Recursos humanos

Investigador: Rafael Alejandro Silva Quintana.

Psicólogos Institucionales: Dra. Melanie Cevallos – Dra. Fanny Cortes.

6.10.3 Materiales

Materiales de oficina

Equipo informático:

- Laptop
- Pendrive
- Proyector

6.10.4 Económicos

MATERIAL	PRECIO
Materiales de oficina	70,00
Adquisición de equipo electrónico: ✓ Laptop ✓ Proyector	1300,00
Transporte	40,00
Imprevistos 5%	70,50
TOTAL	1480,50

Tabla N° 36

Elaborado por: Rafael Silva Q.

Fuente: Investigación

6.11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, J. (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York, Estados Unidos. The Guildford Press.
- Carlson, N. (1996) *Foundations of Physiological psychology*, Third Edition. California, Estados Unidos. Allyn&Bacon.
- Trull, T. & Phares, J. (2001) *Clinical Psychology*. Massachusetts, Estados Unidos. Wadsworth/Thomson Learning.
- Segovia, N. & Vitéri, M. (2010) *Preocupaciones hipocondriacas y su relación entre estudiantes de la Facultad de Medicina, Jurisprudencia, Antropología e Ingeniería Civil de Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Quito, Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Goldman, H. et al. (2001) *Review of General Psychiatry*. Nueva York, Estados Unidos. The Guildford Press.
- American Psychiatric Association. (2001) *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- Vallejo, J. et al. (2002) *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona, España. Masson.
- Hawton et al (1989) *Tratamiento cognitivo conductual para hipocondriasis*. Buenos Aires Argentina. Editorial Roca.

- James L. Levenson, D. F. (2007). *Psychiatric Clinics of North America*. Massachusetts, .Estados Unidos. Elsevier SAUNDERS.
- Figueroa, A. Baras, L. Soutullo, C. (2010) Trastorno del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar. En F. Ortuño. (Ed.), *Lecciones de psiquiatría* (pp. 121-124). Madrid-España. Editorial Médica Panamericana.
- Woods SM, et al (1966) Medical students' disease: hypochondriasis in medical education. Ohio, Estados Unidos. *J Med Education*.
- Petrie, R. M.-M. (2001). Redefining medical student`s disease to reduce morbidity. *Medical Education*
- Barsky (2004) A cognitive-behavioral treatment for hypochondriasis. Ohio, Estados Unidos. World Psychiatric Association.

LINKOGRAFÍA

- Mayorga, D. (2012) 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. Ambato Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7157>
- Alcalá, J. (2011) La queja hipocondriaca en Atención Primaria (Tesis Doctoral) Córdoba, España. Universidad de Córdoba. Recuperado de: <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/5563>

- Vela, E. (2010) Prevalencia de Burnout Syndrome en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín(HCAM) y Vozandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010. Quito, Ecuador. Quito Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/362>
- OMIE (2005) “Tratamiento de la hipocondría en la Práctica médica primaria” *REME* 6-8, Avances de la Salud Mental Racional, volumen 1 núm. 4. Recuperado de: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0401/pdf/4hipocondria.pdf>
- LEY ORGÁNICA DE SALUD (2006) “Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006”.Congreso Nacional, Quito, Ecuador Recuperado de:http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf
- Chávez, H.et al (2010) Manual de Atención Primaria en Salud Mental. Guayaquil, Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/manual_atencion_primaria_salud_mental.pdf
- Jurado, S. et al (2007) ansiedad generalizada: componentes de preocupación en mexicanos. *REME* México D.F. México. .Icsa-uaeh No.4. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023506006.pdf>

- Bados, A. & García, E. (2010) La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Barcelona, España. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- IESM-OMS (2007) Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OMS, OPS, MSD de la OMS, Ecuador. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- OMS (2009) Promoción de la salud mental. Ginebra, Suiza. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Fernández, R. & Fernández C. (2001) Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria, Oviedo, Asturias, España. *Psicothema* ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2001. Vol. 13, nº 4, pp. 659-670. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/494.pdf>
- Alzate, D. (2011) El Debate Epistemológico de la Psicología: Un Problema de Actualidad. *REMEM*. Medellín, Colombia. Psyconex. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/10758>
- Goyheneix, J. (2003) Tratamiento cognitivo y cognitivo conductual para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Buenos Aires, Argentina. Belgrano. Recuperado de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/74_goyhereix.pdf

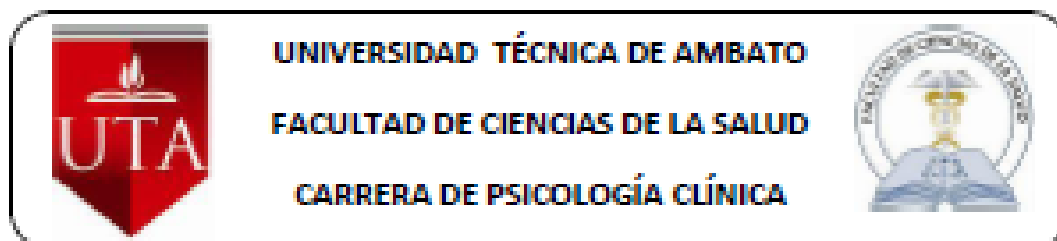
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

- **EBRARY.** UNAIDS (2008). Prevención del desgaste del cuidador. UNASIDA. Ginebra, Suiza. Editorial WHO. Tomado el 18 de enero 2015. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10333578>
- **EBRARY** Moreno, P. Martin. Julio, C. (2010). Dominar las crisis de ansiedad: una guía para pacientes. España. Desclée de Brouwer. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10472950&p00=ansieda>
- **EBRARY** Schlatter, N. Javier. (2003). La ansiedad: un enemigo sin rostro. España. EUNSA. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10637363&p00=ANSIEDAD>
- **EBRARY.** OMS (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra, Suiza. Tomado el 18 de enero 2015. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10190693>.
- **GALEGROUP.** Isaac, Blanca. (2013) Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. Tomado el 18 de enero 2015 Recuperado de http://go.galegroup.com/ps/retrieve.do?sgHitCountType=None&sort=DA-SORT&inPS=true&prodId=GPS&userGroupName=uta_cons&tabID=T002&searchId=R1&resultListType=RESULT_LIST&contentSegment=&searchType=BasicSearchForm¤tPosition=18&contentSet=GALE|A351434732&&docId=GALE|A351434732&docType=GALE&role=PPPC

- **SCIENCE DIRECT.** García, A. (2014). Entorno Psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. Tomado el 18 de enero 2015. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S021265671400287X/1-s2.0-S021265671400287X-main.pdf?_tid=2e5c86d4-a33b-11e4-83ca-00000aacb362&acdnat=1422043710_c3d8fc7aa622819a19be5e00124e49e6.

6.12 ANEXOS

ANEXO 1. Índice Whiteley de Hipocondría (WIH)



(WIH)

Identificación: Médico Residente () IRM () Estudiante de Medicina ()
 Área hospitalaria: Residencia:.....
 Edad:..... Procedencia:.....

Por favor, responda sí o no a cada una de las siguientes preguntas:

	SI	NO
a) ¿Se preocupa con frecuencia por la posibilidad de tener una enfermedad grave?		
b) ¿Le incomodan múltiples dolores?		
c) ¿Es consciente con frecuencia de las cosas distintas que ocurren en su cuerpo?		
d) ¿Le preocupa mucho su salud?		
e) ¿Tiene a menudo síntomas de enfermedades muy graves?		
f) Si la radio, la televisión, los periódicos o algún conocido hablan de alguna enfermedad, ¿se preocupa por la posibilidad de cogerla?		
g) ¿Le enfada, cuando está enfermo, que alguien le diga que tiene mejor aspecto?		
h) ¿Se encuentra molesto por muchos síntomas diferentes?		
i) ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo y pensar en cualquier otra cosa?		
j) ¿Le cuesta creer al médico si le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?		
k) ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad?		
l) ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?		
m) ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?		
n) ¿Tiene miedo a la enfermedad?		

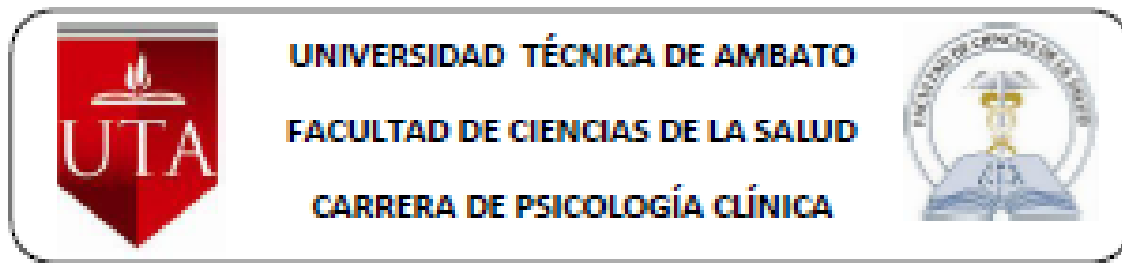
WIH

PC

FE

GPE

ANEXO 2. Test para Ansiedad de Hamilton.



A HAMILTON

Seleccione la respuesta que considere:

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	0	1	2	3	4
3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	0	1	2	3	4
4. Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Ojeadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos u hormigueos).	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Dianas (dificultad para respirar).	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Diarreas: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Dianas. Pérdida de peso. Estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción impositiva. Amenorreas (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefaleas (dolor de cabeza) de tensión.	0	1	2	3	4
14. Conducta en el transcurso del test. Tendencia al aburrimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, clava los puños, toca, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaños.	0	1	2	3	4

L

M

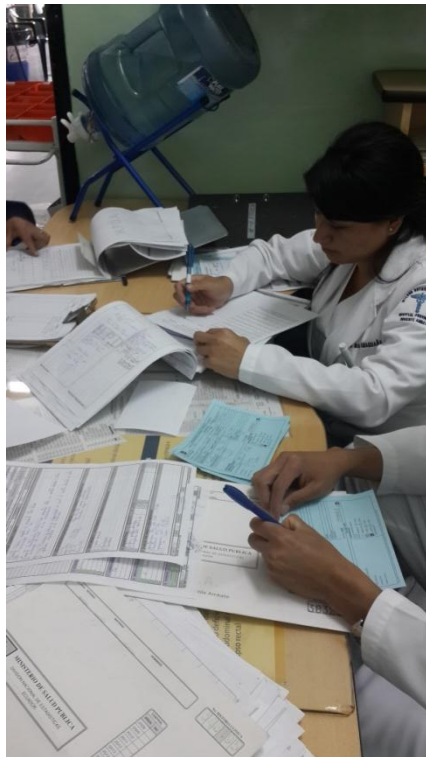
G

MS

ANEXO 3. Fotografías de la investigación de campo.



Médico Residente del área de Traumatología realizando los test del proceso investigativo.



Médicos Residentes de las áreas de cirugía (izq.) y medicina interna mujeres (der.), realizando los test del proceso investigativo.



Internos Rotativos de Medicina de las áreas de Medicina Interna Hombres (sup.) y Emergencias (Infr.) Realizando los test del proceso investigativo.



Pasantes de Medicina del Hospital Provincial Docente Ambato, realizando los test del proceso investigativo.