



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

IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN.

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

**“CUADROS ANSIOSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR
DIABETES, CIRROSIS Y ÚLCERA GÁSTRICA, EN CLÍNICA
HOMBRES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO
PERÍODO 2010-2011”**

Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica

Autora: Naranjo López, Gabriela Alejandra

Director: Moreta Herrera, Carlos Rodrigo, M. Sc

Ambato – Ecuador

Julio, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“CUADROS ANSIOSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIABETES, CIRROSIS Y ÚLCERA GÁSTRICA, EN CLÍNICA HOMBRES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO PERIODO 2010-2011” de Gabriela Alejandra Naranjo López, 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, Agosto del 2011

EL TUTOR.

.....
Ps. Rodrigo Moreta Herera, M. Sc.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“CUADROS ANSIOSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIABETES, CIRROSIS Y ÚLCERA GÁSTRICA, EN CLÍNICA HOMBRES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO PERÍODO 2010-2011”**; como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto 2011

LA AUTORA.

.....
Gabriela Alejandra Naranjo López.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de 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 autora.

Ambato, Agosto 2011

LA AUTORA

.....
Gabriela Alejandra Naranjo López.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: “CUADROS ANSIOSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIABETES, CIRROSIS Y ÚLCERA GÁSTRICA, EN CLÍNICA HOMBRES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO PERÍODO 2010-2011” de Gabriela Alejandra Naranjo López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio 2013

Para la constancia firman.

.....
PRESIDENTE/A

.....
1 er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Investigación lo dedico a mi hermana, quien con su aliento, amor y cariño me enseña el significado verdadero de la vida y la superación, apoyada por mis padres y abuelos desde las primeras etapas de mi vida, enseñándome a soñar y a trabajar, para hacer realidad mis sueños. A mi esposo con su apoyo incondicional me ha dado la fuerza para culminar mis estudios y a mi hija que viene en camino que es el motor de mi vida. Que Dios los bendiga siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad por abrirme sus puertas, a la Facultad por permitirme ser parte de una carrera tan humana como es la Psicología Clínica que me ha enseñado el valor y potencial humano de cada persona, al Hospital Regional Docente Ambato por su apertura para la investigación, a mis profesores por transmitirme sus conocimientos sin reserva alguna, a mi tutor por haberme compartido sus conocimientos.

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES	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
Indicé general.....	viii
Índice de cuadros.....	xii
Índice de gráficos.....	xiii
Resumen.....	xiv
Summary.....	xvi
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

El Problema de Investigación

1.1. Tema.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Conceptualización.....	3
1.2.2. Árbol de problemas.....	5
1.2.3. Análisis crítico.....	6
1.2.3. Prognosis.....	6
1.2.4. Formulación del problema.....	7
1.2.5. Interrogantes de la investigación	7
1.2.6. Delimitación del objeto de investigación.....	7
1.2.6.1. Delimitación del contenido.....	7
1.2.6.2. Delimitación espacial	7
1.2.6.3. Delimitación temporal.....	8
1.2.7. Unidades de observación.....	8

1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. Objetivos general.....	9
1.4.2. Objetivo específico.....	9

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes investigativos.....	10
2.2. Fundamentación teórica científica.....	12
2.2.1. Fundamentación filosófica.....	12
2.2.2. Fundamentación Epistemológica.....	13
2.2.3. Fundamentación Ontológica.....	13
2.2.4. Fundamentación Axiológica.....	13
2.2.5. Fundamentación Sociológica.....	14
2.2.6. Fundamentación Psicológica.....	15
2.2.7. Fundamentación Legal.....	15
2.3. Categorización de las variables del tema de estudio.....	18
2.3.1. Red de inclusiones conceptuales.....	19
2.3.2. Constelación de ideas variable dependiente.....	20
2.3.3. Constelación de ideas variable independiente.....	21
2.4. Fundamentación científica.....	22
2.4.1. Variable Independiente.....	22
2.4.2. Variable Dependiente.....	26
2.5. Hipótesis.....	31
2.5.1. Hipótesis General.....	31
2.5.2. Hipótesis Particulares.....	31
2.6. Señalamiento de variables.....	31

2.6.1. Variable Independiente.....	31
2.6.2. Variable Dependiente.....	31

CAPÍTULO III

La Metodología

3.1. Enfoque de la investigación	32
3.2. Modalidad de la investigación.....	32
3.2.1. Bibliográfica- Documental.....	32
3.2.2. De campo.....	32
3.2.3. De intervención social o proyecto factible.....	33
3.3. Tipo de la investigación.....	33
3.3.1. Exploratorio.....	33
3.3.2. Descriptivo.....	33
3.3.3. Asociación de variables.....	33
3.4. Población y Muestra.....	33
3.4.1. Análisis de población.....	33
3.4.2. Muestra.....	34
3.5. Operacionalización de las Variables.....	35
Variable Dependiente.....	35
Variable Independiente.....	36
3.6. Técnicas e instrumentos.....	37

CAPÍTULO IV

Marco Administrativo

4. Análisis e Interpretación de resultados.....	42
4.1. Historia Clínica.....	42
4.1.1. Variable Socio-demográfica.....	42
4.1.2. Test de Hamilton.....	43

4.2. Verificación de Hipótesis.....	48
-------------------------------------	----

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones.....	49
5.2. Recomendaciones.....	49

CAPÍTULO VI

Propuesta

6.1. Datos Informativos.....	51
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	52
6.3. Justificación.....	53
6.4. Objetivos.....	54
6.5. Análisis de Factibilidad.....	54
6.6. Fundamentación Científico – Técnica.....	55
6.7. Metodología. Plan de acción.....	56
6.8. Administración de la Propuesta.....	59
6.9. Previsión de la evaluación.....	64

Materiales de Referencia

1. Bibliografía.....	65
Linkografía.....	67
Citas Bibliográficas-Bases de datos de la UTA.....	68
2. Anexos.....	69
1. Anexo N-1: Test de Ansiedad de Hamilton	70
2. Anexo N-2: Historia Clínica.....	72

ÍNDICE DE CUADROS

Número de Cuadro.	Pág.
Cuadro 1.....	35
Cuadro 2.....	36
Cuadro 3.....	42
Cuadro 4.....	43
Cuadro 5.....	44
Cuadro 6.....	45
Cuadro 7.....	46
Cuadro 8.....	52
Cuadro 9.....	61
Cuadro 10.....	62
Cuadro 11.....	62
Cuadro 12.....	62
Cuadro 13.....	63
Cuadro 14.....	63
Cuadro 15.....	63
Cuadro 16.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Número de Gráfico.	Pág.
Gráfico 1.....	5
Grafico 2.....	19
Gráfico 3.....	20
Grafico 4.....	21
Gráfico 5.....	44
Grafico 6.....	45
Gráfico 7.....	46
Grafico 8.....	47

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“CUADROS ANSIOSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIABETES, CIRROSIS Y ÚLCERA GÁSTRICA, EN CLÍNICA HOMBRES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO PERÍODO 2010-2011”

Autora: Naranjo López, Gabriela Alejandra

Director: Ps. Moreta Herrera, Carlos Rodrigo M.Sc

Fecha: Agosto 2011

RESUMEN:

El presente Trabajo de Investigación con el tema “Cuadros ansiosos en pacientes hospitalizados en la clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato ingresados por enfermedades clínicas como Úlcera Gástrica, Diabetes, o Cirrosis”; fue contextualizado en el continente Europeo y en América Latina lugares donde se realizaron estudios de la repercusión en el ambiente del paciente.

El marco teórico se basa en los cuadros de ansiedad y las enfermedades clínicas, centrandó la información; especificando los parámetros teóricos existen de las constantes escogidas.

Metodológicamente la información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta, entrevista clínica y el Test de Ansiedad de Hamilton; con el objetivo de indagar los cuadros de ansiedad que se generan en los pacientes hospitalizados con enfermedades médicas, luego del análisis de los resultados obtenidos se aceptó la hipótesis general planteada pues la información obtenida indica que los pacientes hospitalizados con enfermedad médica (cirrosis, úlcera gástrica y diabetes) inciden en la formación de cuadros de ansiedad. Recomienda intervención psicológica para disminuir el nivel de Ansiedad. Finalmente la investigadora propone como alternativa de solución un plan psicoterapéutico cognitivo conductual orientada al proceso y tratamiento del paciente hospitalizado.

PALABRAS CLAVES:

CIRROSIS, ÚLCERA, GÁSTRICA, DIABETES, CUADROS_ANSIOSOS

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“ANXIOUS PICTURES IN PATIENTS HOSPITALIZED BY DIABETES,
CIRRHOSIS AND ULCERATES GASTRIC, IN CLINICA MEN OF THE
EDUCATIONAL REGIONAL HOSPITAL AMBATO PERIOD 2010-2011”**

Author: Naranjo López, Gabriela Alejandra

Director: Ps. Moreta Herrera, Carlos Rodrigo
M.sc

Date: August 2011

SUMARY

The present Work of investigation with the subject “anxious Pictures in patients hospitalized in the clinical Men of the Educational Regional Hospital Ambato entered by clinical illnesses like Ulcerates Gastric, Diabetes, or Cirrhosis”; it was contextualized in the European continent and in Latin America places where realized studies of the repercussion in the environment of the patient.

The theoretical frame bases in the pictures of anxiety and the clinical illnesses, center the information; specifying the theoretical parameters exist of the constants chosen.

Methodologically the information obtained by means of the application of a survey, clinical interview and the Test of Anxiety of Hamilton; with the aim of investigate the pictures of anxiety that generate in the patients hospitalizations With medical illnesses, afterwards of the analysis of the results obtained accept the general hypothesis posed as the information obtained indicates that the patients hospitalized with medical illness (cirrhosis, ulcerates gastric and diabetes) incident In the training of pictures of anxiety. It recommends psychological

intervention to diminish the level of Anxiety. Finally the researcher proposes like alternative of solution a plan psychotherapeutic.

KEY WORDS:

CIRRHOSIS, ULCERATES, GASTRIC, DIABETES, ANXIOUS_PICTURES

INTRODUCCIÓN

Los cuadros ansiosos se presentan relacionados por la percepción por parte del paciente por diferentes complicaciones y recaídas por el proceso de la enfermedad médica, presentan diferentes signos de ansiedad, nerviosismo e inquietud. El presente estudio trata como tema el apareamiento de los cuadros ansiosos en aquellos pacientes hospitalizados de acuerdo a un diagnóstico de enfermedad clínica relacionada al metabolismo entre ellas la diabetes, la cirrosis y a enfermedades gástricas como la úlcera gástrica, estudiada en la clínica hombres del Hospital Regional Docente Ambato, durante septiembre de 2010 - 2011.

Se planteo la problemática de los cuadros de ansiedad por enfermedad diabetes, la cirrosis y la úlcera gástrica en la hospitalización con un panorama internacional, latinoamericano, y nacional. Además en el análisis crítico se presentan las causas, factores psicológicos, sociales, hospitalarios que incidieron en la aparición de cuadros de ansiedad. El objetivo general es “determinar la existencia de cuadros de ansiedad generados por la diabetes, cirrosis, úlcera gástrica en los pacientes hospitalizados en Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato periodo 2010-2011”.

Se recopila información de investigaciones anteriores que tienen relación con el tema de estudio que le dan consistencia y solidez a la presente investigación, así como la información científica y técnica en torno a las variables en estudio; a la vez ofrece fundamentación a través de una postura filosófica, científica y técnica basada en el estudio y aplicación de la psicología.

El enfoque de la investigación, acoge una alternativa de estudio de tipo crítico propositivo de carácter cualitativo empleando técnicas que buscan comprensión, buscando esclarecer hipótesis, cuestionando los esquemas con la lógica instrumental apoyada en la bibliográfica y de campo ordenada y coherente.

Se realizó la tabulación de la información lograda con el “Test de Ansiedad de Hamilton” (TAH) y la encuesta sobre los datos generales de la información del paciente, la interpretación y verificación de hipótesis

Se pudo llegar a conclusiones y recomendaciones, previo haber analizado e interpretado los resultados obtenidos del test aplicado y de la entrevista realizada a los pacientes hospitalizados.

Finalmente presentó una propuesta de solución a la problemática, que se basó en la implementación de un programa de intervención psicológica cognitivo conductual en pacientes hospitalizados acompañados de una enfermedad medica asociado a cuadros de ansiedad en la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema de la investigación

“Cuadros ansiosos en pacientes hospitalizados por diabetes, cirrosis y úlcera gástrica, en la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato”.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

El desarrollo a nivel Macro, se considera estudios realizados en España, por Grau y otros, 2007, se evalúa la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión a los dos meses del alta hospitalaria y los factores asociados con su persistencia en el continente europeo. Fue un estudio longitudinal observacional. Los pacientes con Ansiedad o depresión, aplicando el cuestionario Hospital Ansiedad y Depresión (HAD) en el cuarto día de estancia hospitalaria, fueron seguidos durante dos meses sin recibir psicofármacos. Se valoraron factores socio-demográficos, historia psiquiátrica, estado funcional, con morbilidad y el HAD del estado que tenía tres semanas antes del ingreso.

Se siguieron a 38 pacientes con manifestaciones de Ansiedad (n= 22 varones), edad media 62,2 años, y 35 pacientes con depresión (22 varones), edad media 68,1 años. Persistieron con síntomas de ansiedad a los dos meses 23 pacientes y con depresión 18 pacientes. La ansiedad previa al ingreso y un menor nivel de estudios se asociaron con persistencia de ansiedad y la edad de 70 o más años, sexo femenino, estudios primarios, Barthel durante el ingreso menor a 100 y depresión en las tres semanas previas se asociaron con persistencia de depresión.

En este estudio se puede observar el nivel elevado de ansiedad que causa la hospitalización, acompañado de factores socio-demográficos, como falta de amor, cariño, atención, presión, estrés, rutina, el trabajo etc., la historia clínica del paciente y principalmente el tiempo que le lleva reponerse de la enfermedad que padecen, viendo una clara persistencia de los síntomas.

Traslado a América latina en Colombia, ciudad de Bucaramanga se han realizado estudios por parte de Agudelo, A y otras, 2008, en el cual se pretendió evaluar la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5, el cual arrojó los siguientes resultados:

- 1) Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II.
- 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS.
- 3) Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. Estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.

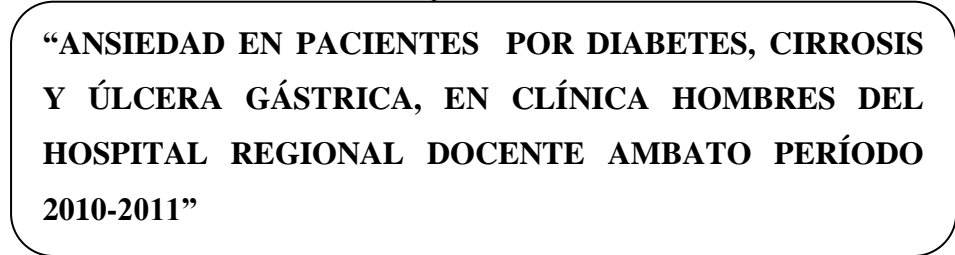
Se realizó un estudio con reactivos psicológicos mostrando una serie de resultados en donde la depresión fue un factor predominante y no se tomo mucho en cuenta a la ansiedad como síntoma de hospitalización.

1.2.2. Árbol de Problemas.

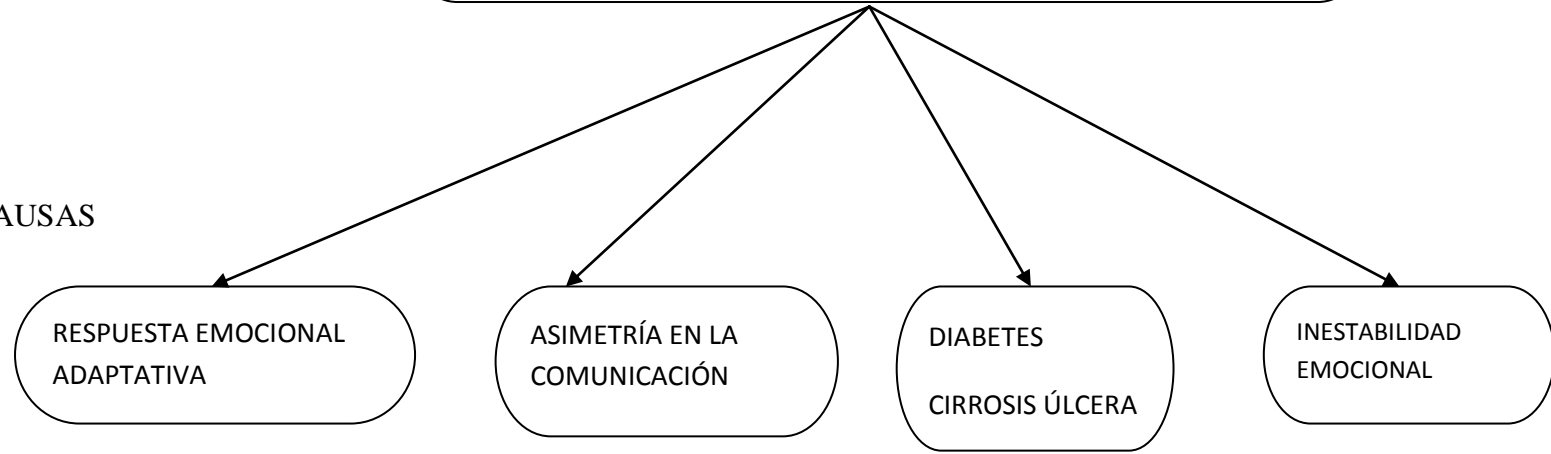
EFFECTOS



PROBLEMA



CAUSAS



1.2.3. Análisis Crítico.

Partiendo del criterio de que la ansiedad es una respuesta emocional adaptativa de las más comunes del ser humano; en los pacientes hospitalizados con cirrosis, úlcera gástrica y diabetes presentan respuestas manifestadas de forma física y mental que no son atribuidas a peligros reales, si no que se manifiestan en forma de crisis, temor, tensión mental, hiperhidrosis, pasando por estados persistentes difusos llegando muchas veces al pánico. En ellas se puede presentar diferentes cuadros de ansiedad que aumenta o disminuye frente a episodios o circunstancias a las que están expuestas.

Los pacientes que se encuentran hospitalizados, con diagnóstico médico como cirrosis, úlcera gástrica y diabetes mantienen un nivel de ansiedad por factores externos: ambiente hospitalario, no hay condiciones adecuadas para la recuperación, no hay apoyo familiar y/o social.

Añadiendo los diferentes síntomas que los pacientes presentan dependiendo de la enfermedad médica diagnosticada crean un malestar e impide el descanso, la recuperación adecuada y rápida para que puedan salir con el alta. Esto conlleva a un malestar generalizado, que puede desembocar en alteraciones psicológicas de tipo reactivas como los cuadros de ansiedad.

1.2.4. Prognosis

Al no tomar en cuenta el nivel de ansiedad que genera la enfermedad médica diagnosticada (diabetes, úlcera gástrica, o cirrosis) en el paciente puede incurrir en la generación de alteraciones de tipo emocional presentado en diferentes niveles y cuadros de ansiedad, asociando a una posterior evolución de cuadros psicopatológicos, alteraciones en el funcionamiento diario del mismo, pudiendo impedir el mejoramiento físico y psicológico del paciente en los tiempos esperados.

Si la presente investigación no se realiza existiría una desvinculación en la recuperación del paciente de manera física y psicológica ya que se generaría un

descuido institucional y existiría procesos de negligencia ya que el trabajo no sería integral y no habría una completa intervención psicológica para una perfecta recuperación en el paciente.

Es probable que tengan recidivas debido a que no se le dió la mayor importancia al aspecto psicológico enfocándose más la parte fisiológica y alta del paciente.

1.2.5. Formulación del problema.

¿Existen cuadros ansiosos generados por la diabetes, cirrosis y úlcera gástrica, en los pacientes hospitalizados de la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato?

- **Variable independiente:** Cirrosis, Úlcera Gástrica, Diabetes.
- **Variable Dependiente:** Cuadros de ansiedad.

1.2.6. Interrogantes de la investigación.

- ¿Es factible identificar en los pacientes el tipo enfermedad que registren un nivel de ansiedad grave, que pueda desembocar en un trastorno de ansiedad?
- ¿Es posible evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados con diabetes, cirrosis y ulcera gástrica?

1.2.6. Delimitación del objeto de la investigación.

1.2.6.1. Delimitación del contenido.

Campo: Psicológica - Médica

Área: Psicopatología

Aspecto: Diabetes, cirrosis, úlcera gástrica y cuadros de ansiedad.

1.2.6.2. Delimitación espacial

Provincia: Tungurahua

Ciudad: Ambato

Lugar: Hospital Regional Docente Ambato

Área: Clínica Hombres

1.2.6.3. Delimitación Temporal

El trabajo de investigación se desarrollo durante el período Septiembre de 2010 a Enero de 2011.

1.2.7. Unidades de observación.

Pacientes hospitalizados en la Clínica Hombres del Hospital Docente Ambato que presentan diabetes, cirrosis y ulcera gástrica.

1.3. Justificación

La importancia de la investigación radica en que los síntomas de ansiedad se manifiestan de manera considerable según la enfermedad que padecen los pacientes hospitalizados, está a la vez acompañado de factores del internamiento como el trato del personal al paciente en los hospitales, se ha observado que el manejo y atención a los mismos es inadecuado debido probablemente a la falta de capacitación. Estos factores pueden incidir en el aumento de cuadros de ansiedad que se ven reflejados en la recuperación y que limita la eliminación total del síntoma de su enfermedad. Por lo que es necesario un estudio minucioso de la problemática.

La afluencia de casos de ansiedad en los pacientes que están hospitalizados en clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato, es constante ya que dichas enfermedades son comunes en nuestro medio. Por lo tanto la investigación será posible con la colaboración de los pacientes internos y del personal que labore en el servicio.

El beneficio directo será para los pacientes internos de la clínica hombres del Hospital Regional Docente Ambato de la misma ciudad que presta el servicio,

con una investigación e intervención adecuada se podrá ayudar a pacientes con menor grado de ansiedad para aportar a su recuperación.

Debido a que el desarrollo de la Psicología en el Ecuador es relativamente nueva, toda investigación referente al comportamiento humano es innovadora e importante precisamente para contribuir con modelos de tratamiento integrales.

Finalmente partiendo de los principios establecidos por la misión de la Universidad Técnica de Ambato que es de aportar y ampliar los conocimientos en el área del saber, la investigación es la pieza fundamental para poder comprender los fenómenos que se encuentran a nuestro alrededor.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre los cuadros de ansiedad y la diabetes, úlcera gástrica, cirrosis en los pacientes hospitalizados de la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato en el período Septiembre de 2010 a Enero de 2011.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar en los pacientes con diabetes, cirrosis, o úlcera gástrica que registren un nivel de ansiedad grave, que pueda desembocar en un trastorno de ansiedad
- Evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados con diabetes, cirrosis y úlcera gástrica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

AUTOR: CASTILLO, Marcela

TEMA: Hipertensión Arterial Y Diabetes Mellitus Como Factores Asociados Al Síndrome Coronario Agudo En Pacientes Hospitalizados En El Hospital Carlos Andrade Marín Desde Enero A Diciembre Del 2009

UNIVERSIDAD: UTA

RESUMEN: “De 117 pacientes analizados el grupo de mayor riesgo estuvo entre los 60 y 80 años de predominio masculino 74% (87 personas). De toda la población en estudio el 39.3% (46 personas) presentaron HTA y Diabetes mellitus y de estas el 29.9% (35 personas) desarrollaron síndrome coronario agudo tipo Infarto agudo de miocardio (IAM). Además del total de IAM el 69% (61 personas) tuvieron un IAM con supradesnivel del ST indicando la severidad de padecer enfermedades crónicas, llegando a la conclusión que la asociación de diabetes mellitus e HTA son factores de riesgo que aumentan la frecuencia para el desarrollo de enfermedades cardíacas isquémicas tipo infarto con supradesnivel del ST lo cual indica gran frecuencia de gravedad”.(2011:VIII)

CONCLUSIÓN: “En la investigación se confirma que la hipertensión arterial y diabetes mellitus son factores de riesgo cardiovascular que en el estudio se presentó en un 40.1%, y, el tipo de síndrome coronario más frecuente que se presentan en los pacientes que padecen de la asociación de estas patologías fue el infarto agudo de miocardio que se presentó en un 76.5%. ”(2011:69)

AUTORA: CUBERO, Tamara

TEMA: “la ansiedad materna y sus efectos previa a la labor de parto de madres primigestas del área de ginecología del hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo enero - junio 2011”

UNIVERSIDAD: UTA

RESUMEN: Por razón de la investigación realizada se pudo comprobar la presencia de ansiedad materna previa a la labor de parto, y por otra parte desconocimiento de este proceso, es así como lo respaldan los datos estadísticos logrados a través de los instrumentos aplicados a las pacientes, teniendo como objetivo de propuesta de solución eficaz el desarrollo del método Psicoprofilactico Cognitivo Conductual, que ayudará a la madre neófita al mejor conocimiento de su etapa y un correcto manejo que abarquen las esferas tanto físicas como Psicológicas.(2011:12,13)

CONCLUSIÓN: Como síntomas de ansiedad materna en las madres se encuentran la preocupación, miedo, tensión, ambivalencia afectiva, descontrol emocional por el desconocimiento, confirmándose as í que tanto de otras investigaciones como de este trabajo, donde lo mencionado anteriormente originan ansiedad, manifestándose estas en manifestaciones físicas lo cual puede alterar proceso del parto. (2011:112,113)

AUTOR: SEVILLA, Estefanía

TEMA: Estudio de caso Terapia cognitiva conductual para trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide.

UNIVERSIDAD: SAN FRANCISCO DE QUITO

RESUMEN: El estudio analizará el proceso terapéutico de una paciente que presenta la síntomas de nerviosismo y ansiedad, disturbios en el sueño, pérdida de interés y placer en distintas actividades, aislamiento social, estado de ánimo depresivo, entre otros. Para alcanzar este fin, en el presente estudio de caso se realizará una comparación entre los datos obtenidos antes de la intervención terapéutica con aquellos obtenidos una vez terminado el proceso.

CONCLUSION: “El presente estudio tuvo como objetivo determinar si la Terapia Cognitiva Conductual es efectiva al momento de reducir sintomatología del

Trastorno de Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor y trastorno de Personalidad Esquizoide, en una joven ecuatoriana de 24 años de edad. Mediante el análisis de los datos Obtenidos de la aplicación de pruebas psicológicas pre y post intervención, se encontró que la terapia aplicada fue válida y eficaz en el tratamiento y remisión de los síntomas presentes en el diagnóstico de la paciente. Los resultados de la evaluación post tratamiento señalan que la paciente ya no cumple con los criterios de diagnóstico para Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. En cuanto al diagnóstico del Eje II, ha logrado un manejo adecuado de los rasgos del Trastorno de Personalidad Esquizoide.” (2013:122)

2.2. Fundamentación Teórica Científica.

2.2.1. Fundamentación Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico–propositivo debido a que la finalidad consiste en un proceso de comprensión e interpretación del objeto de estudio, de manera que parte de la identificación de potencialidades de cambio, por lo que se hace necesario conocer por completo el problema, tanto en su contexto como en su red de relaciones, sin ningún tipo de encubrimiento, para así buscar alternativas de solución, aplicando la mejor, evitando consecuencias graves.

Es en primer lugar crítico porque permite cuestionar los esquemas sociales de las personas que se encuentran Hospitalizadas relación al trato que mantienen y al apoyo que les brinda su familia y propositivo porque no se centra solo en la observación de los fenómenos sino que plantea alternativas de solución en un ambiente de actividad psicológica, ayudando a la interpretación, diagnóstico, planificación, seguimiento terapéutico y una mejor comprensión de fenómenos sociales ,culturales y étnicos en su gran mayoría.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción tanto etiológica como dinámica de los distintos

Cuadros de Ansiedad y que es lo que le produce, influyendo de esta manera en la relación consigo mismo y con el medio en el que se desenvuelve.

2.2.2. Fundamentación Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se espera a que el sujeto se caracteriza por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se defienden como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social.

2.2.3. Fundamentación Ontológica

Este trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdaderas científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio, a ser autónomo adecuadamente a su libertad.

El gobierno, la familia, la sociedad, el hospital regional Docente Ambato, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada persona pueda desenvolverse, y procurar su recuperación para que pueda realizar sus actividades.

2.2.4. Fundamentación Axiológica

El tipo de persona que se pretende formar debe ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

Además por ser comprometida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

2.2.5. Fundamentación Sociológica

La investigación fundamenta en la teoría del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por las formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y escolar

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados, crecientes disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma basado en la depreciación de los ecosistemas.

2.2.6. Fundamentación Psicológica

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

Esta investigación es de estudio psicológico donde se analizarán los cuadros de ansiedad recurrentes que se presenten en los pacientes hospitalizados a causa de enfermedad médica (diabetes, cirrosis, úlcera gástrica) que presenten.

El mayor problema que los pacientes hospitalizados con enfermedades médicas diagnosticadas (cirrosis, diabetes y úlcera gástrica) afrontan, son las diferentes alteraciones psicológicas entre ellas la ansiedad por causa del tratamiento que son sometidos durante el tiempo de hospitalización; donde la psicología es de gran importancia mediante la aplicación de corrientes psicológicas que servirán tanto para la prevención como para el tratamiento del mismo.

2.2.7. Fundamentación Legal

Ley orgánica de salud de la Constitución Política del Ecuador

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental.

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia."

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

- Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
- Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
- Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;
- Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;
- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;
- Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;
- Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;
- Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello;
- Regular y controlar el funcionamiento de bancos de células, tejidos y sangre; plantas industriales de hemo-derivados y establecimientos de

aféresis, públicos y privados; y, promover la creación de éstos en sus servicios de salud;

- Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;
- Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva.

Ley orgánica de educación superior.

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

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

contribuir en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o extensión universitaria.

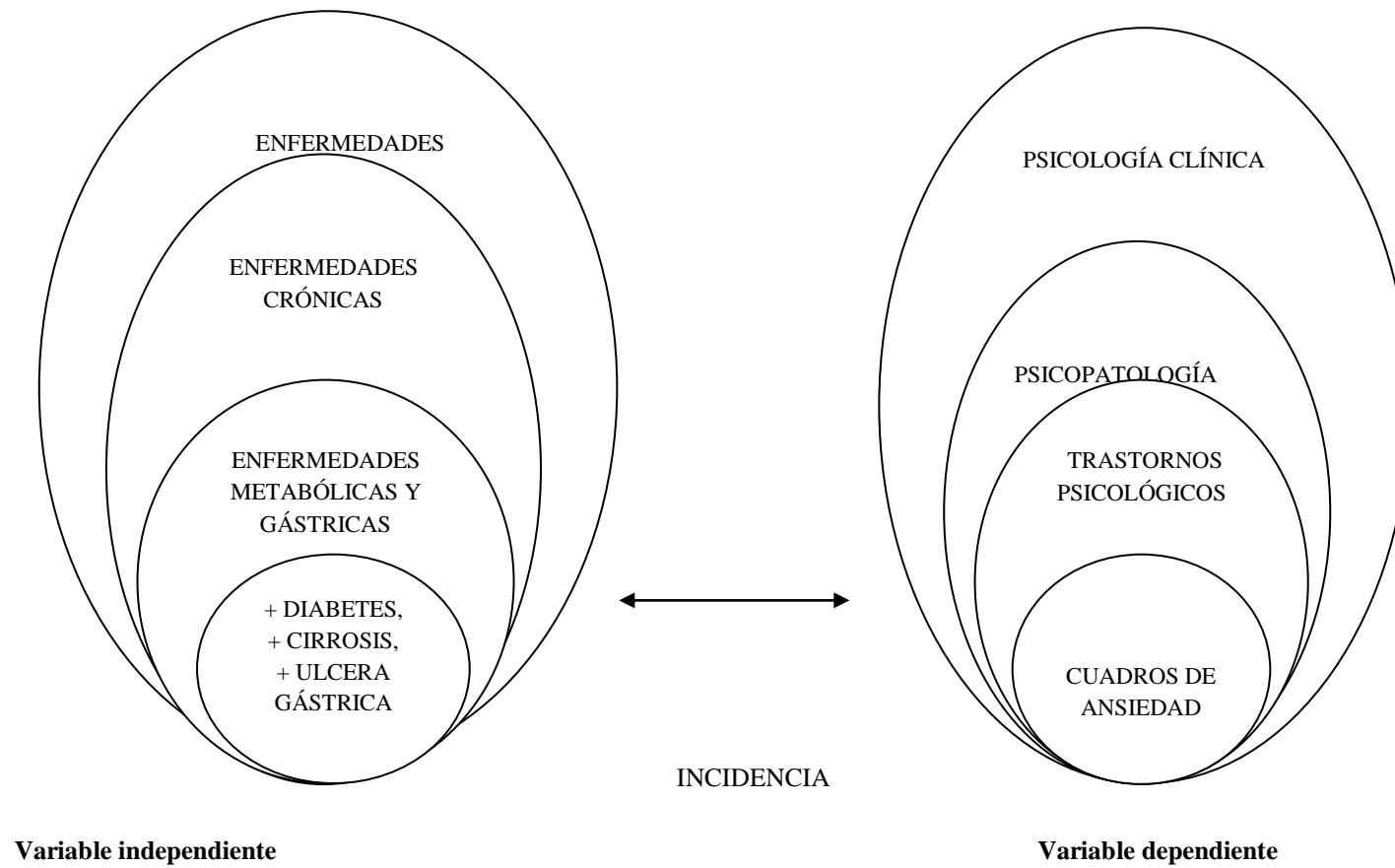
Art. 136.- Trabajos realizados por investigadores y expertos extranjeros.-

El reporte final de los proyectos de investigación deberán ser entregados por los centros de educación superior, en copia electrónica a la Secretaría Nacional de Educación Superior Ciencia, Tecnología e Innovación.

2.3. Categorización de las variables del tema de estudio.

CATEGORIAS FUNDAMENTALES

2.3.1. Red de inclusiones conceptuales.



2.3.2. Constelación de ideas de la variable dependiente.



GRAFICO N° 3

AUTOR: Gabriela Naranjo

FUENTE: Gabriela Naranjo

:

2.3.3. Constelación de ideas de la variable Independiente.



GRAFICO N° 4
AUTOR: Gabriela Naranjo
FUENTE: Gabriela Naranjo

2.4. Fundamentación Científica

2.4.1. Variable Independiente: Cirrosis, Diabetes, Úlcera Gástrica ENFERMEDAD.-

La OMS (2012), establece que la enfermedad es una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.

Para Potter (2002), la enfermedad no es meramente la presencia de un proceso patológico, sino que es un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, evolutivo, espiritual de una persona está disminuido o debilitado en comparación con la experiencia previa.

La enfermedad no es solo una alteración patológica, implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Estas alteraciones patológicas se presentan de manera específica con signos y síntomas característicos. Que puede involucrar un órgano específico, parte del organismo o en su totalidad.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS 2012)

(Gérvas J. 2010) No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por

causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto. Como siempre, la pobreza es el determinante clave, con su cortejo de falta de educación formal, pérdida de expectativas sociales y personales, y hábitos de vida perjudiciales para la salud.

Siguiendo la clasificación que propone Kiely (en Fitzgerald, 1985), las enfermedades crónicas pueden agruparse en tres grandes categorías:

1. Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física son:

a. Enfermedades de mal pronóstico (oncológicas, SIDA.).

b. Enfermedades que provocan gran dependencia (renales, etc.)

2. Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación. Las más significativas son:

a. Enfermedades que en su evolución cursan con dolor crónico (artritis).

b. Enfermedades que conllevan pérdidas de la imagen corporal (amputaciones, colostomías, etc.).

3. Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida. Las más significativas son:

a. Enfermedades cardiovasculares (hipertensos, cardiópatas, etc.).

b. Enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc.).

c. Enfermedades respiratorias (asma, etc.).

ENFERMEDADES GÁSTRICAS

“Muchos de los síntomas que se atribuyen a enfermedades del estómago pueden estar originados por trastornos psicosomáticos, enfermedades sistémicas generales o enfermedades de órganos vecinos, como el corazón, hígado o riñones. Además de las úlceras y el cáncer, las alteraciones gástricas incluyen: dispepsia

(indigestión gástrica), gastritis y estenosis, además de las originadas por las cicatrices de las úlceras curadas”, según lo expone (ARNAL, MARIANO, 2008).

El tratamiento de las dispepsias (molestias pos-pandriales) es el de la entidad causal. En el caso de trastornos orgánicos (gastritis, úlceras) se establece una pauta terapéutica atendiendo al tipo de alteración específica; así, se combina una dieta (absoluta, blanda) con fármacos del tipo antiácido y bloqueantes de los receptores (ranitidina) y (omeprazol). Se ha demostrado en estudios recientes, la existencia de una bacteria (*Helicobacter pylori*) que vive en el estómago de las personas que presentan úlcera gástrica. Es resistente a la acidez del jugo gástrico y se piensa que es el agente causante del 70% de las úlceras gástricas.

ENFERMEDADES METABÓLICAS

Según (LASA A. 2011) es un término muy general por el que se designan todas las enfermedades relacionadas con una perturbación del metabolismo. Pueden ser hereditarias o adquiridas, son debidas a la interrupción de una cadena de síntesis por ausencia de una enzima, a una anomalía endócrina o alimentaria; pueden afectar el equilibrio de los glúcidos (ej. diabetes, glucogénesis, galactosemia congénita), de los nucleótidos (ej. gota), de los prótidos (ej. aminoacidopatías), de los lípidos (ej. obesidad), los equilibrios ácido básico, iónico, osmótico, hídrico, mineral, fosfo-cálcico, vitamínico, etc.

DIABETES

“La Diabetes es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina” como lo explica (DAHLKE, 2002).

Afecta a unos 150 millones de personas en todo el mundo. Es una enfermedad multi orgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. También puede producir alteraciones en el embarazo. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones. Se distinguen dos formas de diabetes mellitus. La

tipo 1, o diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID), denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes, y se cree producida por un mecanismo autoinmune. Constituye de un 10 a un 15% de los casos y es de evolución rápida. La tipo 2, o diabetes mellitus no-insulino-dependiente (DMNID), o diabetes del adulto, suele aparecer en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta. Muchas veces no produce síntomas y el diagnóstico se realiza por la elevación de los niveles de glucosa en un análisis de sangre u orina.

CIRROSIS

La Cirrosis es una enfermedad crónica del hígado que cursa con destrucción irreversible de las células hepáticas. La cirrosis es la fase final de muchas enfermedades que afectan al hígado. Se caracteriza por áreas de fibrosis (cicatriz) y muerte de los hepatocitos (células hepáticas). Sus consecuencias principales son el fracaso de la función hepática y el aumento de la presión sanguínea en la vena porta (que transporta la sangre desde el estómago y tubo digestivo al hígado). “Un 30% de los casos de cirrosis son de causa desconocida (podrían deberse a otras hepatitis virales como la hepatitis C). El cáncer primitivo hepático puede ser una complicación de la cirrosis hepática, lo informa (DAHLKE, 2002)”.

ULCERA GÁSTRICA

Según (DAHLKE 2002) “las úlceras pépticas o gastro-duodenales son úlceras del estómago (gástrica) o del intestino delgado (duodeno)”. Además del dolor producido por la úlcera, éstas pueden dar lugar a complicaciones como la hemorragia por erosión de un vaso sanguíneo importante, perforación de la pared del estómago o intestino, con el resultado de peritonitis y obstrucción del tracto gastrointestinal por espasmo o inflamación en la zona de la úlcera. La causa directa de las úlceras pépticas es la destrucción de la mucosa gástrica o intestinal por el ácido clorhídrico, que suele estar presente en los jugos digestivos del estómago.

2.4.2. Variable Dependiente: Cuadros de Ansiedad.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Olortegui (2008) la psicología clínica es una rama de la ciencia psicológica que estudia al ser humano y su comportamiento, la relación consigo mismo y con el mundo; además de la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los diferentes trastornos psicológicos.

Prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico (la psicoterapia, ejercida por un terapeuta capacitado, tiene un rango aparte), así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración.

PSICOPATOLOGÍA.

Olortegui (2008) La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

La perspectiva biomédica trata de los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anomalías biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la colección de tales anomalías orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tiene alterada su función).

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

TRASTORNO PSICOLÓGICO.

Reoyo G (2007) Definir que es un trastorno mental, psicológico o emocional, es un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Esa dificultad está relacionada con los distintos criterios que se han utilizado para su definición a lo largo de la historia. Básicamente se refiere a comportamientos que se han considerado “anormales” y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (estudio de las causas y clasificación de los trastornos mentales).

Los dos sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos más utilizados y difundidos a nivel mundial (CIE-10 y DSM IV) definen a los trastornos psicológicos de la siguiente manera: La CIE-10 (Décima clasificación de las enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud de 1989) define a los “trastornos” mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales, lo que la persona hace o dice- criterio psicosocial- o de determinados síntomas de malestar, las señales de malestar que presenta la persona- criterio médico.

Por su parte el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1994) define el trastorno mental en función de sus componentes psicológicos (funciones mentales alteradas) y conductual de un cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y del malestar que producen. Por lo tanto se sigue observando un criterio psicológico, el comportamiento anormal, junto con otro médico, la organización en la presentación de los síntomas, el cómo se relacionan entre sí.

CUADROS DE ANSIEDAD.

Romeu y otros (2010) La ansiedad como "miedo sin saber de qué". En principio es la emoción que aparece siempre que la persona se siente amenazada, sea real o no la amenaza.

Los síntomas suelen abarcar tres categorías:

1. **Tensión motora:** Se caracteriza por temblor, dolor muscular, inquietud motora, fatigabilidad.
2. **Hiperactividad vegetativa:** disnea (muchas veces en suspiros), taquicardia, disfagia ("nudo en la garganta"), sensación de inestabilidad, sudoración, náuseas.
3. **Hiper-vigilancia:** exageración de las respuestas de alerta o de alarma, sensación de que "va a pasar algo", dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, irritabilidad e hiperreactividad...

El DSM describe tres trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: el trastorno por angustia de separación, el trastorno por evitación y la ansiedad excesiva ("Overanxious disorder"). En las dos primeras, la ansiedad va ligada a situaciones concretas. En la tercera la ansiedad es flotante y/o está generalizada a situaciones diversas.

Según: Pacheco (2009) Los trastornos por ansiedad son cuadros clínicos psiquiátricos frecuentes y predicen un riesgo aumentado de presentar posteriormente trastornos ansiosos y depresivos, además de hospitalizaciones por causa psiquiátrica.

Hicks D, (2010) La presentación atípica de ansiedad generalizada puede incluir síntomas psicológicos o conductuales tales como la irritabilidad, pobre concentración, preocupación excesiva y dificultad para su control, así como síntomas físicos como fatiga, taquicardia, taquipnea y tensión muscular por lo que el personal de salud deben buscarlos intencionalmente.

En estudios Wolitzky-Taylor KB (2010) La ansiedad en adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como mareos y temblores; además pueden presentarse con ansiedad angustia subclínica o síntomas de ansiedad que causan angustia o deterioro funcional, pero que no cumplen criterios diagnósticos para la ansiedad.

Virues A (2005) La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de no reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiestan en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral.

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo compulsivo, con ideas “intrusivas” y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

Panorama de respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana: síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.

1. Preocupación

- Inseguridad
- Miedo o temor
- Aprensión
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad)
- Anticipación de peligro o amenaza
- Dificultad de concentración
- Dificultad para tomar decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Motores u observables

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación fisiológicas o corporales
- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos

2.5.HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general

¿Existe un predominio elevado de cuadros de ansiedad generados por la diabetes, úlcera gástrica, cirrosis en los pacientes hospitalizados de la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato en el periodo septiembre de 2010 a Enero de 2011?

2.5.2. Hipótesis particulares

- ✓ ¿El nivel de ansiedad es grave en los pacientes hospitalizados con diabetes, cirrosis y úlcera gástrica?
- ✓ Existe Mayor predominio de cuadros de ansiedad en la diabetes que en la cirrosis y úlcera gástrica.

2.6. Señalamiento de variables.

2.6.1. Variable independiente.

Cirrosis, diabetes, úlcera gástrica.

2.6.2. Variable Dependiente

Cuadros de Ansiedad.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

Para la presente investigación se utilizó el enfoque crítico propositivo de carácter cualitativo ya que se emplea técnicas que buscan la comprensión de los fenómenos psicológicos y sociales presentes mediante la observación, perspectiva dentro del contexto que muestra una realidad única orientando al planteamiento de hipótesis más acercado al proceso donde estos resultados en términos pasaran a la criticidad con soporte del marco teórico.

El trabajo se realizó mediante hipótesis de carácter predominantemente cualitativo por la aplicación de técnicas que busca la causa de los hechos y estudia una realidad repetible tomando en cuenta la perspectiva desde fuera haciendo énfasis en la comprobación de las hipótesis.

3.2. Modalidades de Investigación

3.2.1. Bibliográfica-documental: Se explora a través de escritos relacionados al tema del trabajo de grado obteniendo información de libros, textos, diccionarios, módulos, periódicos, revistas, Internet, entre otros, avalados por la editorial que lo publica que muy difícilmente el autor o editor no se hace responsable por las definiciones propuestas. Y los artículos publicados en revistas especializadas están avaladas en cuanto a su nivel de científicidad por un comité editor.

3.2.2. De campo: Porque acudo a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad, ya que es el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores contribuyentes, explicar sus causas, y efectos, o predecir su ocurrencia. Los datos son recogidos de forma directa de la realidad.

3.2.3. De intervención social o proyecto Factible: Esta Tesis de investigación pretende ayudar a revestir esta problemática otorgándoles las herramientas a los profesionales para el trato con los cuadros de los pacientes.

Permite sostener los puntos de vista y toma de decisiones que implica responsabilidad social, capacitando a los profesionales por medio del análisis, evaluación y tratamiento

3.3. Tipo de Investigación

3.3.1. Exploratorio: Permite tener una metodología flexible, es decir, que mediante este nivel de investigación hay una mayor amplitud y dispersión con lo que se logra generar varias hipótesis, identificar variables de interés y a la vez sondear un problema poco investigado o desconocido dentro de este contexto en particular.

3.3.2. Descriptivo: Se establece mediante preguntas directrices o hipótesis de trabajo de medición precisa donde se requiere conocimiento suficiente ya que este nivel de investigación tiene interés de acción social, caracterizar a una comunidad y distribuir datos variables que son considerados aislados de este sistema social.

3.3.3. Asociación de Variables: La investigación llevará a nivel de asociación de variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre variables. Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, el grado de ansiedad que causa la hospitalización en la clínica hombres.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Análisis de Población:

La realización de esta investigación se tomó como población o universo a 50 pacientes hospitalizados en la clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato, de la ciudad de Ambato, de la Provincia de Tungurahua, con diferentes cuadros de enfermedad. Para el desarrollo de la misma se tomó en cuenta

pacientes con ciertas características como: Cuadro de Enfermedad (Cirrosis, Ulcera gástrica, Diabetes), Años de edad (18 a 60), presentando un determinado Nivel de Ansiedad.

N= 50 hombres hospitalizados

3.4.2. Muestra:

Por ser una población finita para la investigación no ameritó el cálculo mediante la fórmula o muestreo probabilístico.

n= 50 personas

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Cuadros de Ansiedad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Presentación de signos y síntomas como (sudoración, palpitaciones aceleradas, pensamientos negativos) que el sujeto manifiesta en niveles Leve, Moderado, Grave, Profundo.	Nivel leve.	-Dolor muscular - Estrés	¿Se siente tranquilo?	Test de Ansiedad de Hamilton Historia Clínica Observación
	Nivel moderado	-Temblor -Fatigabilidad	¿Se siente cansado?	
	Nivel Grave	-sensación de que va a pasar algo	¿Tiene miedo?	
	Nivel Profundo	Anticipación de peligro o amenaza (miedo)	¿Ha sentido miedo ante un peligro inconcreto y desconocido?	

CUADRO N^o 2

AUTOR: Gabriela Naranjo

FUENTE: Gabriela Naranjo

Variable independiente: Cirrosis, Diabetes, Úlcera Gástrica.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía.	Desorden metabólico Diabetes	Ceguera Descompensación Gangrena	¿Siente cambios bruscos en su presión? ¿Suda con frecuencia?	Entrevista clínica
La cirrosis es la cicatrización y funcionamiento deficiente del hígado como resultado de una enfermedad hepática	Cirrosis	Consumo excesivo de alcohol. Intento auto lítico Palidez	¿Con que frecuencia consume alcohol? ¿Ha intentado quitarse la vida?	Historia Clínica
Las úlceras son llagas en el tejido de revestimiento del tubo digestivo.	Alteraciones gástricas	Estrés Ingesta de corrosivos Ardor del estomago Intolerancia a la comida	¿Cuántas veces en el día consume alimentos? ¿Tiene molestias estomacales?	Observación

CUADRO N^o 2

AUTOR: Gabriela Naranjo

FUENTE: Gabriela Naranjo

3.6.Técnicas e instrumentos

Entrevista Psicológica Clínica: Se entrevistó a los pacientes que se encontraban hospitalizados; pendientes a cambios comportamentales que se fueron presentando a lo largo del tiempo de hospitalización, se evaluó los signos y síntomas presentes en el paciente para obtener datos directos de su entorno bio-psico-social.

Instrumentos:

Instrumento #1. Test de Ansiedad de Hamilton (Ver Anexo 2). Dirigido a los pacientes hospitalizados con el objetivo de obtener el nivel de Ansiedad que mide el Test y relacionar con la presencia de cuadros de ansiedad que se presenten durante la estancia en el Hospital Regional Docente “Ambato”.

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)¹ fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión² es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Existe una versión española, realizada por Carroble y Cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video.

Se trata de una escala hetero-aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante

la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y 9 am.

Interpretación

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las sub-escalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento 8-10. Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicósomáticos) obteniendo

puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la sub-escala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez inter-observador en pacientes con depresión.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad.- Muestra una buena consistencia interna (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 ($r = 0,64$).

Validez.- La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi 18, 19 ($r=0,63-0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r=0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos

(puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton, ($r=0,62-0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

Escala De Ansiedad De Hamilton

Población diana: Población general. Se trata de una escala hetero-administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.
- Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.
- Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Instrumento # 2. Historia Clínica. (Anexo 4) Para obtener datos socio-demográficos de la población seleccionada en la investigación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Historia Clínica referente a la variable independiente

4.1.1. Variable Socio-Demográfica

Objetivo: Obtener información demográfica de la muestra obtenida de los pacientes hospitalizados para observar la realidad social de la población.

		NUMERO	PORCENTAJE
SEXO	HOMBRES	50	100%
	MUJERES	0	0%
EDAD	<18 AÑOS	16	32%
	>18 A 35 AÑOS	34	68%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	5	10%
	CASADO	23	46%
	VIUDO	4	8%
	DIVORCIADO	8	16%
	EN UNION LIBRE	10	20%
NIVEL DE EDUCACION	PRIMARIA	18	36%
	SEGUNDARIA	22	44%
	SUPERIOR	6	12%
	NINGUNA	4	8%
CONDICION LABORAL	DEPENDIENTE	13	26%
	INDEPENDIENTE	20	40%
	DESEMPLEADO	17	34%
CONSUMO DE ALCOHOL	BEBEDOR HABITUAL	4	8%
	BEBEDOR OCACIONAL	33	66%
	NO BEBE	13	26%
ACTIVIDAD PROFESIONAL	ACTIVO	27	54%
	SIN TRABAJO	7	14%
	ESTUDIANTE	3	6%
	JUBILADO	1	2%
	INCAPACITADO	2	4%
HIJOS	SIN	4	8%
	CON	36	72%
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CIRROCIS	17	34%
	ULCERA GASTRICA	20	40%
	DIABETES	13	26%

Cuadro N:3

Ficha Socio-demográfica

4.1.2. Encuesta referente a la variable dependiente

TEST DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.

Objetivo: Obtener datos de los diferentes niveles de ansiedad de la muestra seleccionada.

Muestra: 50 en total

- **Niveles de ansiedad en pacientes con diagnostico de cirrosis**

NIVELES	PACIENTES	PORCENTAJE %
0		0,00%
1 Leve	1	5,88%
2 moderado	6	35,29%
3 Grave	8	47,06%
4 Profundo	2	11,76%
TOTAL	17	100%

Cuadro N° 4

Diseño: Naranjo, 2010

Análisis: de la población evaluada con enfermedad médica diagnosticada de úlcera gástrica no hay pacientes que tengan un nivel 0 de ansiedad, 1 paciente presenta un nivel de ansiedad leve, en los resultados hay 6 pacientes que tienen un nivel de ansiedad moderado, 8 pacientes con un nivel grave y finalmente 2 pacientes con un nivel de ansiedad profunda.

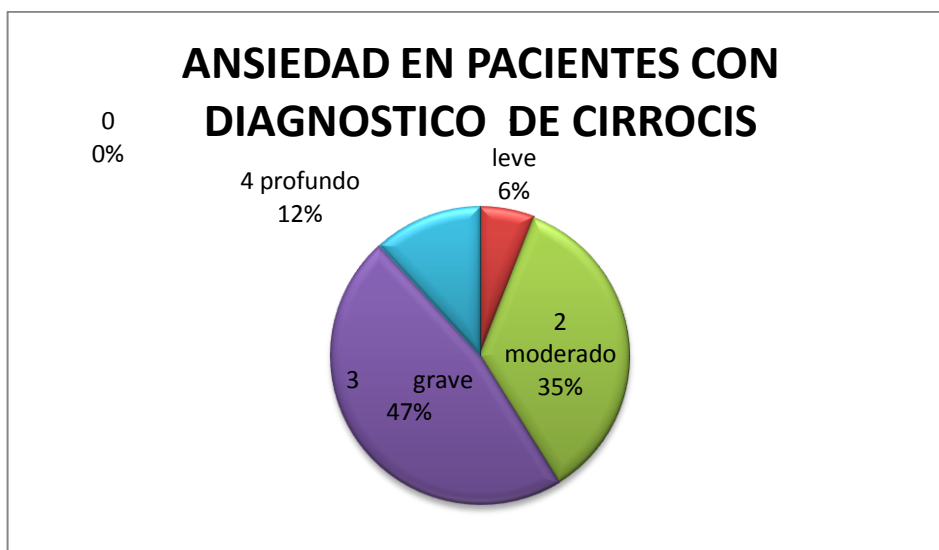


Gráfico # 5

Diseño: Naranjo, 2010

Interpretación: el 47% de los pacientes con Cirrosis tienen ansiedad grave, el 35% de ellos presentan ansiedad de moderada, existe un 12% con nivel de ansiedad profunda y finalmente el 6% de los encuestados presenta nivel de ansiedad leve, señalando que es significativo el porcentaje de nivel de ansiedad grave que se genera en pacientes con cirrosis relacionada a la muestra respectiva.

- **Niveles de ansiedad en pacientes con diagnostico de úlcera gástrica**

NIVELES	PACIENTES	PORCENTAJE %
0 ausente		0,00%
1 leve	2	10,00%
2 moderado	2	10,00%
3 grave	11	55,00%
4 profundo	5	25,00%
TOTAL	20	100%

Cuadro # 5

Diseño: Naranjo, 2010

Análisis: En este bloque se ha detectado el porcentaje de pacientes con úlcera gástrica que tienen un nivel de ansiedad 2 pacientes presentan un nivel leve, 2 pacientes con ansiedad moderada, 11 con nivel de ansiedad grave y 5 con diagnostico de ansiedad profunda.

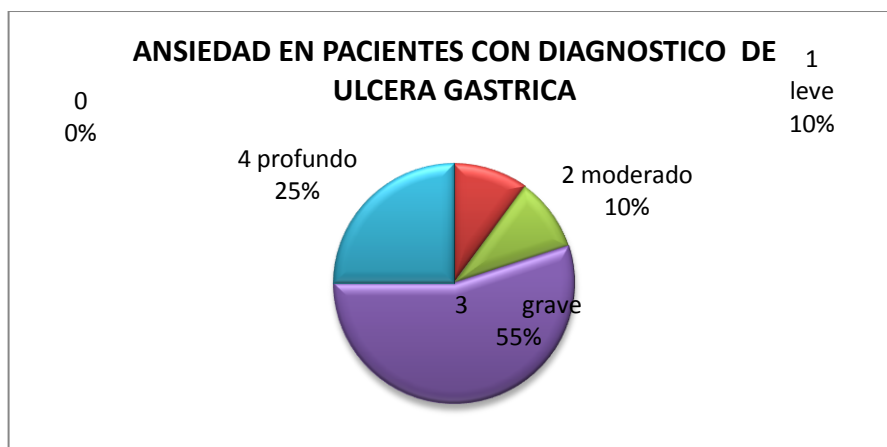


Gráfico # 6

Diseño: Naranjo, 2010

Interpretación: como se observa en la gráfica los pacientes hospitalizados con úlcera gástrica el 55% tiene un nivel de ansiedad grave, el 25% de ellos presentan ansiedad profunda, el 10% un nivel de ansiedad leve. Es significativo el porcentaje de los pacientes con un nivel de ansiedad grave asociado a la úlcera gástrica que padecen, lo que es un indicador que esta enfermedad genera mayor nivel de ansiedad.

- **Niveles de ansiedad en pacientes con diagnóstico de diabetes**

NIVELES	PACIENTES	PORCENTAJE %
0 ausente	1	7,69%
1 leve	0	0,00%
2 moderado	7	53,85%
3 grave	3	23,08%
4 profundo	2	15,38%
TOTAL	13	100%

Cuadro N^o 6

Diseño: Naranjo, 2010

Análisis: En este bloque se detectó a 1 paciente con un nivel de ansiedad ausente, 7 pacientes presentan un nivel ansiedad moderado, 3 con nivel de ansiedad grave y 2 con diagnóstico de ansiedad profundo.

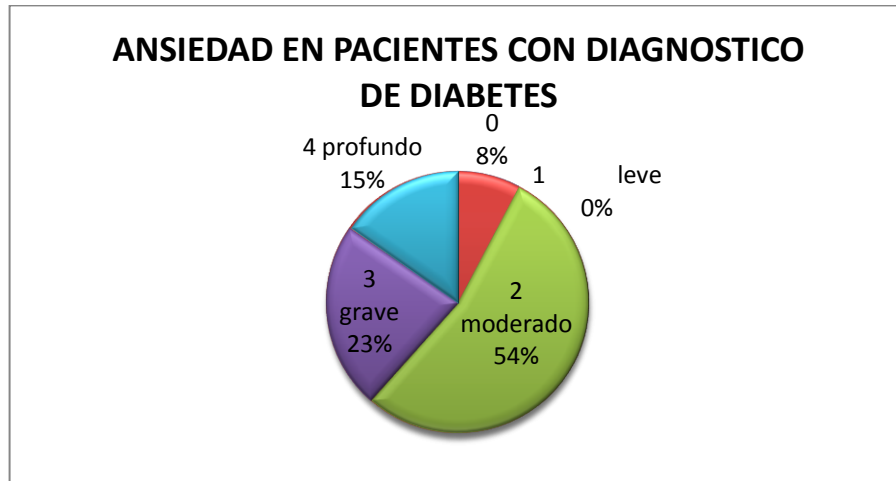


Gráfico # 7

Diseño: Naranjo, 2010

Interpretación: Del total de pacientes hospitalizados con diabetes el 53% presentó un nivel de ansiedad moderado, el 23% de ellos presentan ansiedad grave, el 15% presenta un nivel de ansiedad profunda y el 7% presenta una ansiedad ausente, lo que indica que los pacientes con diabetes tienen un mayor porcentaje correspondiente a un nivel de de ansiedad moderado, esta enfermedad no genera mucha ansiedad en los pacientes.

- **Niveles de ansiedad en los pacientes con enfermedad médica diagnosticada.**

ENFERMEDAD	NIVELES DE ANSIEDAD					TOTAL	PORCENTAJE
	0	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO		
ULCERA GASTRICA		2	2	11	5	20	40%
CIRROCIS		1	6	8	2	17	34%
DIABETES	1	0	7	3	2	13	26%
TOTAL	1	3	15	22	9	50	100%
PORCENTAJE	2%	6%	30%	44%	18%	100%	

Cuadro N°7

Diseño: Naranjo, 2010

Análisis: De la población encuestada en los pacientes hospitalizados que presentan niveles de ansiedad por enfermedad médica respectivamente; existe 1 paciente que no presenta ningún nivel de ansiedad, 3 pacientes presentan un nivel de ansiedad leve, con nivel de ansiedad moderada existen 15 pacientes, 22 presentan nivel de ansiedad grave y 9 pacientes con nivel de ansiedad profunda.

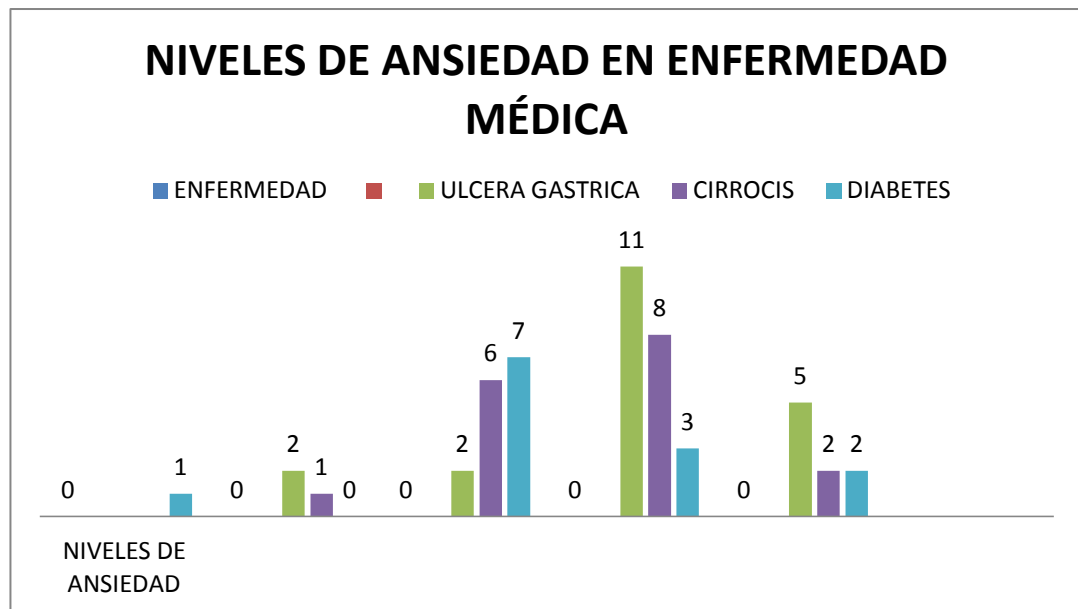


Gráfico # 8

Diseño: Naranjo, 2010

Interpretación: Del total de pacientes hospitalizados que presentan diferentes enfermedades médicas tenemos que: con diabetes existe un 13%, el 17% de pacientes corresponde a los que presentan cirrosis, úlcera gástrica corresponde un 20% dando un total de 100% de los pacientes encuestados. Existe un 2% con una ausencia de ansiedad, el 6% corresponde a un nivel de ansiedad leve, el nivel de ansiedad moderado abarca un 30%, mientras que el 44% se refiere a un nivel de ansiedad grave y un 18% al nivel de ansiedad profundo del total de la población seleccionada. Lo que nos indica que los pacientes hospitalizados con úlcera gástrica son mantenedores de un nivel de ansiedad grave y la enfermedad es la que mas genera mayor nivel de ansiedad en relación a las otras enfermedades como úlcera gástrica, diabetes, cirrosis.

4.2. Verificación de hipótesis

Hipótesis general

¿Existe un predominio elevado de cuadros de ansiedad generados por la diabetes, úlcera gástrica, cirrosis en los pacientes hospitalizados de la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato en el periodo septiembre de 2010 a Enero de 2011?

En la investigación realizada para analizar la asociación entre las variables (dependiente: cuadros de ansiedad, independiente cirrosis, úlcera gástrica, diabetes). Se aplicó la prueba de Fisher y se encontró que no existe asociación entre las dos variables. {F (N 50) = 47.60, P>0.05 }

Hipótesis particulares

- ¿El nivel de ansiedad es grave en los pacientes hospitalizados con diabetes, cirrosis y úlcera gástrica?

Esta Hipótesis se comprueba mediante el análisis correspondiente a los reactivos aplicados, si analizamos a la cirrosis, el porcentaje de ansiedad grave es del 47%, de acuerdo al cuadro No4; La úlcera la gravedad de ansiedad es del 55% y de la diabetes es del 23% de ansiedad grave de acuerdo al cuadro No 6, cifras que sumadas al cuadro general sindrómico de ansiedad es del 44% en el área grave como lo describe el cuadro No 7.

- Existe Mayor predominio de cuadros de ansiedad en la diabetes que en la cirrosis y úlcera gástrica.

Esta hipótesis se descarta ya que en el nivel médico de ansiedad nos indica que los pacientes hospitalizados con úlcera gástrica son mantenedores de un nivel de ansiedad grave y la enfermedad es la que más genera mayor nivel de ansiedad en relación a las otras enfermedades como úlcera gástrica, diabetes, cirrosis, a esto se suma en el caso de la diabetes de la muestra de 50 pacientes 13 tienen esta enfermedad con un porcentaje de 23% de ansiedad grave.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- De acuerdo a la muestra seleccionada se pudo determinar que los pacientes con diabetes, cirrosis y úlcera gástrica hospitalizados en la clínica hombres; no presentan cuadros ansiosos, generados por dichas enfermedades con los resultados obtenidos del reactivo aplicado y la sintomatología que presentaron.
- La enfermedad medica que produce mayor nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados es el que lleva el diagnostico de ulcera gástrica, ya que el 100% de los mismos, presentan algún nivel de ansiedad que puede desembocar en Cuadro Ansioso.
- Finalmente se extrae como conclusión, se comprueba la hipótesis mediante el análisis correspondiente a los reactivos aplicados, si analizamos a la cirrosis, el porcentaje de ansiedad grave es del 47%, de acuerdo al cuadro No4; La úlcera la gravedad de ansiedad es del 55% y de la diabetes es del 23% de ansiedad grave de acuerdo al cuadro No 6, cifras que sumadas al cuadro general sindrómico de ansiedad es del 44% en el área grave como lo describe el cuadro No 7.

5.2. Recomendaciones:

- Capacitar al personal de salud en cuanto al enfoque psicológico e integral a través de conversatorios, mesas redondas; etc. sobre manejo, y trato a los pacientes bajo alteraciones de su salud física y psicológica, además de la generación de políticas institucionales sobre atención al cliente y mejoramiento continuo para reducir el nivel de ansiedad durante su estancia hospitalaria; ayudando al cambio del estilo de vida, acompañado del correcto

cumplimiento del tratamiento médico y psicológico referente a la enfermedad que padece.

- Por medio de procesos de prevención y profilaxis y a través de técnicas de asertividad hacer conocer al paciente de su enfermedad, las medidas de control y otros factores, para minimizar las recaídas provocadas por uso inadecuado así como re-internamientos debido al agravamiento de la enfermedad.
- Establecer un cuidado de mayor control y de tipo integral en los pacientes que presentan ulcera gástrica, ya que el mismo es de mayor incidencia en la formación de cuadros de ansiedad con el fin de que el trabajo multidisciplinario tenga relevancia con el área psicológica misma que las actividades terapéuticas que se apliquen a dichos pacientes estimulen la disminución de los niveles de por medio de técnicas psicoterapéuticas aplicables en espacios individuales, familiares y/o grupal

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos:

Título:

Programa de intervención Psicológica Cognitiva Conductual en pacientes con cuadros de ansiedad derivados de la hospitalización en la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato.

Institución ejecutora:

- Hospital Regional Docente Ambato
- Área de Salud Mental

Beneficiarios:

- Las personas que se encuentren internadas en el Hospital Regional Docente Ambato en especial a los pacientes que presentan enfermedades Metabólicas y Gástricas como: Cirrosis, Ulcera Gástrica, Diabetes.

Ubicación:

Hospital Regional Docente Ambato, Av. Pasteur.

Tiempo estimado para su ejecución:

Para su desarrollo y ejecución se plantea un tiempo estimado de 365 días.

- Inicio: 1 de Octubre de 2011
- Finalización: 1 de Octubre de 2012

Equipo técnico responsable:

- Director del Hospital.
- Dra. Evelyn Salame (Asesora psiquiátrica)
- Egda. Gabriela Naranjo (Ejecutor)
- Pasantes de la carrera de psicología (3 auxiliares).
- Pasantes de la carrera de trabajo social (2 auxiliares).

Costo:

El costo para el presente proyecto comprende la cantidad de 12400.00 USD, distribuidos de la siguiente manera:

Nominación	Valor
Salario del Ejecutor, un promedio de \$ 600.00 durante 12 meses de ejecución del proyecto	7200.00
Equipo de oficina: computadora, escritorio, 10 sillas, 1 archivero, test psicológicos, televisión, DVD, equipo de sonido	4000.00
Material de oficina: 10 resmas de papel bond, 4 cajas de esferos, 2 cajas de lápices, grapadora, perforadora, colores, 200 carpetas	500.00
Movilización de pasantes y otros	700.00
Costo total	12400.00

Cuadro N° 8

Fuente y Elaboración: Naranjo (2010)

6.2. Antecedentes de la propuesta

- Según Naranjo (2010) De acuerdo a la muestra seleccionada se pudo determinar que los pacientes con diabetes, cirrosis y úlcera gástrica

hospitalizados en la clínica hombres; no presentan cuadros ansiosos, generados por dichas enfermedades con los resultados obtenidos del reactivo aplicado y la sintomatología que presentaron. La enfermedad medica que produce mayor nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados es el que lleva el diagnostico de ulcera gástrica, ya que el 100% de los mismos, presentan algún nivel de ansiedad que puede desembocar en Cuadro Ansioso. Finalmente se extrae como conclusión, que el 98% de los pacientes encuestados presentan un cierto nivel de ansiedad hospitalizados con enfermedad médica, a esto se suma que el 88% de los casos no recibe ningún tipo de intervención psicológica, ya que a las patologías sometidas a investigación se las está tomando solo desde el punto de vista fisiológico, dejando en segundo plano el enfoque psicológico.

6.3 Justificación

Es de importancia la ejecución del presente proyecto debido a la demanda en la clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato referente a los niveles de ansiedad que presentan los pacientes asociada a una enfermedad del sistema digestivo acompañado al sistema hospitalario en donde permanecen en su recuperación.

La creación de este programa tiene como fin reducir el nivel de ansiedad en los pacientes con enfermedades digestivas como ulcera gástrica, cirrosis, y diabetes; debido a la hospitalización, y factores del medio. Siguiendo un programa estructurado llegando a hacerles responsable de su recuperación y tomen control de su vida acompañado de su enfermedad.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

Implementar el programa de intervención psicológica orientada al proceso de tratamiento utilizado en el Terapia Cognitivo Conductual en pacientes Hospitalizados en la Clínica Hombres del Hospital Regional Docente Ambato.

6.4.2 Objetivos específicos

- Aplicar Técnica Cognitivo conductual con el fin de reeducar a los pacientes con diabetes, cirrosis y ulcera gástrica con el fin de que tengan un conocimiento adecuado sobre el desarrollo de sus respectivas enfermedades médicas.
- Aplicar la TRE (Terapia Racional Emotiva) con el fin de modificar creencias irracionales por racionales eliminando del plano concienical del paciente con enfermedad médica (diabetes, cirrosis, y ulcera gástrica) el miedo al tratamiento y el temor al dolor mejorando su estilo de vida.

6.5 Análisis de la factibilidad

De conformidad con la investigación realizada se deduce que en la actualidad los problemas o trastornos de ansiedad que se presentan en los pacientes hospitalizados por desequilibrio en su organismo internado en el Hospital Regional Docente Ambato, siendo factible realizarlo debido a que no se ha tomado la importancia requerida, por falta de recursos y relevancia de la parte psicológica en el ambiente hospitalario.

Hoy en día en Ecuador no existen programas encaminados al tratamiento y seguimiento psicológico de ansiedad en pacientes hospitalizados. Es por esta razón que es factible esta propuesta por parte del psicólogo clínico a través de la Dirección de Salud Pública, hospitales de todo el país especialmente de la provincia de Tungurahua por el índice, tomando en cuenta a todas las personas

que fueron hospitalizadas, para que de tal forma se encamine a un proceso de recuperación.

Se considera fundamental el conocimiento del fenómeno antes de realizar cualquier intervención psicológica y de un tratamiento centrado únicamente en los aspectos conductuales, familiares y sociales que podría resultar a medio y largo plazo, por tal situación y por la gran demanda de la población se ha optado por mantener una propuesta llevada a cabo con la implementación de un área psicológica adscrita al departamento de la institución para rehabilitación personas que se encuentren hospitalizadas en la Clínica Hombres, donde también se lograría trabajar con sus familiares mediante terapia cognitiva conductual y sistémica con la intervención de un equipo interdisciplinario.

Esta intervención psicológica con el fin de modificar pensamientos distorsionados en personas que al no ser tratados los problemas emocionales han desencadenado en una llamada de atención en el desequilibrio de la salud repercutiendo en un problema para la sociedad.

6.6. Fundamentación científico –técnica

El presente formato de propuesta se sujeta a los principios de la Terapia Psicológica Cognitivo Conductual, la misma que se encarga del estudio de la cognición, es decir, los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico.

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva (TRE). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). (2008. *La Terapia Cognitiva*. Bs.Aires: CATREC.)

6.7. Metodología. Plan de acción

6.7.1. Terapia cognitiva

Se hará un debate cognitivo en cada entrevista que mantenga el psicólogo con el paciente con alguna de estas técnicas más utilizadas en terapia cognitiva como:

Terapia explicativa.

Involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica el enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan.

Utilizarla cuando la sintomatología se derive de un desconocimiento y conocimiento parcial o incompleto sobre un asunto.

Evaluar inter-relacionalmente los factores del paciente, enfermedad consecuencias proceso, y del terapeuta antes de su empleo.

La explicación o información puede referirse a factores etiopatogénicos, pronóstico, pronóstico de la enfermedad, técnicas terapéuticas específicas.

6.7.2. Psicoterapia Racional Emotiva (T.R.E.) propuesta por el Dr. Albert Ellis.

1. - Principales conceptos teóricos

A.- Metas y racionalidad:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

a- Supervivencia.

b- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas:

Aprobación o afecto. - Éxito y Competencia personal en diversos asuntos. - Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

B.- Cognición y procesos psicológicos:

a- Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

Pensamiento - Afecto - Conducta

b- Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico. - Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

C.- Énfasis humanista-filosófico del modelo:

a- Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

b- Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

2.- El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribuciones o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A: Llamémosle acontecimientos. C: Llamémosle consecuencias

De modo que podíamos representarlo:

A----- C
(Acontecimiento) (Consecuencia)

Temporales:

Emocionales-Actuales ("despido laboral") ("ansiedad", "depresión") -

Pasados o históricos ("niñez sin afecto") .Conductuales

.Espaciales ("evitación social", "llanto") -Externos ("rechazo amoroso")

Cognitivos -Interno ("recuerdos negativos") ("obsesiones", "autocríticas")

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:

A----- B----- C

(Acontecimiento) ("Belief":Creencia sobre A) (Consecuencias) .Temporales: .

6.7.3 Creencias

Pasados/Actuales -Racionales

Emocionales -Irracionales

Espaciales .Cognitivas

Distorsiones cognitivas o inferencias situacionales derivadas de las creencias Conductuales Externos/Internos En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos. El que esos eventos tengan una

mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campbell1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

6.7.4. Decatastrofización

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.

6.8. Administración de la propuesta.

En el siguiente Cronograma de actividades se resumirá el trabajo propuesto de manera que brinde una visión global de lo que se realizará.

ETAPA		OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	Tiempo
FASE I INSIGHT I	PROMOCION	Difundir a la población el nuevo programa de servicio de Salud Mental.	Medios de comunicación, Radio, Televisión, prensa escrita. Volantes	Oficios Material de oficina.	Psiquiatra Egresada y Pasantes de psicología	15 días
	SELECCIÓN	Indagar en las historias clínicas enfermedades del sistema digestivo y aplicar la encuesta.	Entrevista clínica Información en las historias clínicas.	Historias clínicas Material de oficina	Egresada y Pasantes de psicología	30 días
	DIAGNOSTICO	Diagnosticar el nivel de ansiedad para empezar el programa de salud mental.	Aplicación de Test Entrevistas. Historias clínicas	Material de oficina Historias clínicas	Psiquiatra Egresada y Pasantes de psicología	45 días
	ESTABILIZACIÓN	Estabilizar estado de Animo Disminuir la sintomatología somática.	Desensibilización sistemática de Jacobson Desensibilización sistemática de Shuldz Desensibilización sistemática de Wolpe	Material de oficina Material bibliográfico	Psiquiatra Egresada y Pasantes de psicología	75 días

FASE II	MEJORAMIENTO	Mejoramiento del estilo de vida Dar calidad de vida	Técnicas básicas de análisis racional. Decatastrofización- reeducación emocional racional emotiva conductual Psicoterapia explicativa	Material de oficina	Psicóloga de la Institución Egresada y Pasantes de psicología.	45 días
	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	Resolución de conflictos emocionales	Terapia centrada en asertividad Entrenamiento social	Material de oficina	Psicóloga de la Institución Egresada y Pasantes de psicología.	60 días
FASE III	CIERRE DE CASOS	Cerrar el caso y dada de alta al paciente.	Evaluación previa Instrucciones al paciente	Material de oficina	Psicóloga de la Institución Egresada y Pasantes de psicología.	45 días
	EVALUACION	Evaluar al paciente cada cierto período de tiempo para el mantenimiento de salud menta	Entrevista individual Entrevista familiar cognitiva	Material de oficina	Psicóloga de la Institución Egresada y Pasantes de psicología.	45 días

Cuadro N: 9 Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

6.8.1. Recursos

Humanos

Actividad	No.	Valor/hora	Tiempo/h	Valor/activ.
Investigador	1	15,00	150	2000,00
Director de Tesis	1	15,00	25	400,00
Terapeuta	1	10,00	55	600,00
TOTAL				3.000,00

Cuadro N: 10

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

Espacios físicos o Institucionales

Recurso	N°	Valor Unit.	Valor total	Valor/recurso
Oficina equipos	1	1	4000.00	4000.00
Salón	1	-	-	-
Total				4000.00

Cuadro N: 11

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

Materiales de oficina

Recurso	N°	Valor Unit.	Valor total	Valor/recurso
Historias Clínicas	39	0.08	3.12	3.12
Reactivos Psicológicos	39	0.04	1.56	1.56
Total				4.68

Cuadro N: 12

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

De Escritorio

Recurso	Nº	Valor	Nº.Activ.	Velor/activ
Impresiones	1	0.10 /hoja	100 hojas	300,00
Papel	1000	0,05	Total	120,00
Copias	1000	0,02	Total	20,00
Esferos y lápices	10	0,25	Total	10.00
Marcadores	10	0,50	Total	25.00
Cartulinas	10	0,25	Total	25.00
Total				500.00

Cuadro N: 13

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

Otros recursos

Recurso	Nº	Costo Unit.	Valor total	Valor/recurso
Refrigerio	50	1,00	50,00	200,00
Transporte	10	0,20	1,00	400,00
Total				600,00

Cuadro N: 14

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

Presupuesto Requerido

Nº	Recursos	Valor
1	Humanos	7200,00
2	Físicos o Institucionales	-----
3	Materiales	500.00
4	Escritorio	4000.00
5	Otros recursos	600.00
	Subtotal	12300.00
	Imprevistos	100
	Total	12400.00

Cuadro N: 15

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

6.8.2. Cronograma

	Oct-Nov	Dic-Ene	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Agos	Sep-Oct
ACTIVIDADES						
Promoción	XX					
Selección		XX				
Diagnostico			X			
Estabilizar y disminuir				XXX		
Mejorar					XXX	
Resolver					X	
Cierre					X	
Evaluar						XXX

Cuadro N: 16

Fuente y Elaboración: Naranjo Gabriela (2010)

6.9 Previsión de la Evaluación

Para la previsión acerca de los resultados obtenidos en la presente propuesta se seguirá un proceso de exanimación continua para la misma se utilizará la entrevista y la observación en la interacción con sus compañeros en la terapia de grupo, y en la psicoterapia familiar; que tendrá que asistir el paciente en períodos de tiempo requeridos, para una evaluación del entorno en base a dicha entrevista y aplicación del test de Ansiedad de Hamilton. Esta evaluación la realizara la egresada, los practicantes o la psiquiatra personal que es encargado de esta propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- ARNAL, Mariano: "Enfermedad", en El Almanaque del léxico etimología (Álvarez, J.L.: www.elalmanaque.com).
- BAEZA, J.C. "Higiene y prevención de la ansiedad". Madrid, Editorial Díaz de Santos (2008).
- CHUAQUI B y otros: Manual de Patología general, conceptos básicos.
- DAHLKE, Ruediger: La enfermedad como símbolo. Manual de los síntomas psicossomáticos, su simbolismo, su interpretación y su tratamiento. Robin Book, Barcelona, 2002. ISBN 84-7927-544-8 (en alemán Krankheit als Symbol, 2000).
- FARRERAS Valentí : Medicina Interna, 14a Ed.Harcourt SA, Madrid, 2000. ISBN 84-8174-357-7.
- FERNANDEZ A, "Libro De La Salud". Editorial DANAE.
- FIOENZA, A, "99 estrategias para superar el miedo, la ansiedad y las fobias", Barcelona, 2007.
- GARCIA J. "Ansiedad sana y patológica". Centro de psicología clínica y psicoterapia, Madrid (2012)
- GÉRVAS J. El modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? Salud (2000. 2010)
- GUERRERO "Nivel de Ansiedad en el grupo de diabetes del Hospital General Docente Ambato y su incidencia en el tratamiento médico durante los meses Noviembre a Diciembre 2004"
- HERNANDEZ DSM IV TR "Manual Diagnóstico y Estadístico" Manson SA, Chile
- HERRERA, Luís. "Tutoría de la Investigación Científica. Guía para elaborar en forma creativa y amena el trabajo de Graduación". Ambato: Empresdane Gráficas Cía. Ltda. Quito (2008).
- KOZIER B. Fundamentos de enfermería: "Conceptos, proceso y práctica". Edición:5. Ed: Mc. Grau – Hill Interamericana–Madrid. (1999)

- LASA A, “Enfermedad Medicina Interna Endocrinología” (2011)
- MUIÑO, L. “Perder el miedo al miedo. Madrid”,. España Calpe. (2007)
- MUTHS, Christa: Zur Philosophie der Krankheit, Revista Treff-Räume espacio time, 1997:3(3); en www.espacio-time.com, Southampton, 2005. (Filosofía de la enfermedad. Acerca de la Historia y la Filosofía del significado de enfermedad y salud a través de toda la historia)
- OLORTEGUI F. Diccionario de Psicología. Lima, Perú. (2008)
- PEÑA, Adolfo: Medicina y Filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la Medicina actual, en An.Fac.Med. 2004:65(1):65-72, UNMSM Fac.Med., Lima, Perú. ISSN 1609-9419.
- PEÑA A & Paco O: El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte, en An.Fac.Med 2002:63(3), Un.Nac.May.S.Marcos. ISSN 1025-5583 Parte 1/3;
- PEÑA A & Paco O: El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Segunda parte: Carencias y defectos en los intentos de lograr una definición más general de la enfermedad., en An.Fac.Med 2002:63(4), Un.Nac.May.S.Marcos. ISSN 1025-5583 Parte 2/3
- PEÑA A & Paco O: El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: Un modelo teórico de enfermedad., en An.Fac.Med 2003:64(1), Un.Nac.May.S.Marcos. ISSN 1025-5583. Parte 3/3.
- POTTER P y otros. “Fundamentos de enfermería teoría y practica”. Edición: 3. Ed: Ediciones Harcourt- Madrid. (2002)
- REOYO C. “Enciclopedia del conocimiento Psicología-Sociología”. México (2007)
- ROJAS Marcos, “Corazones y mentes”. Madrid, España Calpe. (2008)
- VIESCA TC y otros: Antecedentes para la clasificación de las enfermedades en la medicina nahuatl prehispánica (PDF), Estudios de cultura nahuatl, vol. 30, no. 30. México

LINKOGRAFÍA

- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN LA OMS
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3561&Itemid=2560
- DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2002. Publicado por [saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx),
<http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=821>
- ENFERMED, año 2012
[www.colegiovirgendeeuropa.com/.../ SALUD%20Y%20](http://www.colegiovirgendeeuropa.com/.../SALUD%20Y%20)
- OMS (2006). "Constitución de la Organización mundial de la salud", Génova, 1946.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- SALUD
Portal de la Organización Mundial de la Salud
www.who.int/es/
OMS en su página web actualizada www.who.int/es/, 2012
- TIPOS DE ENFERMEDADES
http://es.encarta.msn.com/media_121634814_761567832_1_1/Principales_tipos_de_enfermedades.html
- TEPE H (2007). "Enfermedad"
<http://es.scribd.com/doc/12823217/Monografia-de-Enfermedad>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASES DE DATOS UTA.

- **SCIELO** - García Ortega, Cesáreo, Almenara Barrios, José and García Ortega, José Javier Tasa de reingresos de un hospital comarcal. Rev. Esp. Salud Publica, Mar 1998, vol.72, no.2, p.103-110. ISSN 1135-5727
- **SCIELO** - Hernández, Luz del Carmen et al. Relevance of Helicobacter pylori virulence factors for vaccine development. Salud pública Méx, 2009, vol.51, suppl.3, p.s447-s454. ISSN 0036-3634
- **SCIELO** - Jané, M. Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la ciudad de Barcelona: 1983-1998. Gac Sanit, Abr 2003, vol.17, no.2, p.108-115. ISSN 0213-9111
- **SCIELO** - Laurenti, Ruy, Fonseca, Luiz Augusto Marcondes and Costa Jr., Moacir Lobo da Mortalidade por diabetes mellitus no município de São Paulo (Brasil): evolução em um período de 79 anos (1900-1978) e análise de alguns aspectos sobre associação de causas. Rev. Saúde Pública, Abr 1982, vol.16, no.2, p.77-91. ISSN 0034-8910
- **SCIELO** - Martínez Ramírez, Armando et al. El diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estrategia de garantía de calidad. Cad. Saúde Pública, Dic 1996, vol.12, no.4, p.483-487. ISSN 0102-311X
- **SCIELO** - Magalhães, Luiz Augusto et al. Influência da dieta hiperglicêmica e do diabetes aloxânico sobre a vitalidade do Schistosoma mansoni Sambon, 1907, em camundongos experimentalmente infectados. Rev. Saúde Pública, Set 1978, vol.12, no.3, p.267-276. ISSN 0034-8910
- **SCIELO** - Narro, José and Gutiérrez, Jesús Héctor. Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México. Salud pública Méx, Mayo 1997, vol.39, no.3, p.217-220. ISSN 0036-3634

ANEXOS

ANEXOS 1

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Datos informativos:

Lugar y fecha de aplicación.....

Dirigido a pacientes para obtener el nivel de Ansiedad que se presentan durante el tiempo de hospitalización.

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente
1. Intensidad ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad elevada
4. Intensidad máxima (invalidante)

ELEMENTOS Y SINTOMAS	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad					
2. Tensión: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre					
4. Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueño penoso. Pesadillas. Temores nocturnos					
Funciones intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. Humor depresivo: Perdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensación parestésicas (pinchazos u hormigueos)					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja Presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardiacas benignas)					

10. Síntomas respiratorios: Opresión pretoraxica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar)					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólico (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta de periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, 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 palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo					

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

DATOS INFORMATIVOS

Nombres y apellidos ----- Fecha de Nacimiento----- Edad-----

Nivel de Instrucción-- ----- Centro de Educativo-----

Dirección----- Parroquia----- Ciudad-----

Nombre de la Madre----- Edad----- Nivel de Instrucción-----

Estado Civil----- Número de Cédula----- Dirección-----

Nombre de la Padre----- Edad----- Nivel de Instrucción-----

Estado Civil----- Número de Cédula----- Dirección-----

N. de Hijos----- Religión----- Sexo-----

MOTIVO DE INGRESO

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

GENOGRAMA



ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Salud-----Mentales-----

Tipo de Familia-----Familiar responsable-----

PSICOANAMNESIS PERSONAL O PATOLOGICA

Etapa prenatal-----

Etapa natal-----

Infancia-----

Adolescencia-----

Adultez-----

Antecedentes Médicos Quirúrgicos-----

HISTORIA DE LA ENFERMEDD

HISTORIA LABORAL O SOCIAL-----

EXAMENENS DE FUNCIONES

CONCIENCIA----- **ATENCIÓN**----- **SENSOPERCEPCIONES**-----

MEMORIA----- **PENSAMIENTO**----- **LENGUAJE**-----

INTELIGENCIA----- **VOLUNTAD**----- **RAZONAMIENTO**-----

HABITOS----- **AFECTIVIDAD**-----

EXPLORACIÓN AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales-----

Proyecto de vida-----

Proyección futura-----

Afrontamiento de conflictos-----

REACTIVOS PSICOLOGICOS-----

DURANTE LA ENTREVISTA-----

RESULTADOS-----

DIAGNOSTICO PRELIMINAR-----

CONCLUSIONES-----

PLAN DE TRATAMIENTO-----

RECOMENDACIONES-----

-----**PRÍXIMA CITA**-----

Atentamente
.....

