



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**PROBLEMAS EMOCIONALES EN MEDICOS RESIDENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

GUADALUPE ESPERANZA GARCÍA GARCÍA

DIRECTORA:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

REVISORAS:

PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

ISAURA ELENA LÓPEZ SEGURA

SINODALES:

MTRA. SOCORRO ESCANDON GALLEGOS

JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ

CUIDAD UNIVERSITARIA. MÉXICO D.F. ENERO 2010



**Facultad
de Psicología**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

Resumen	4
Introducción	5
CAPITULO I	
1.0 salud mental	6
1.1 salud mental en los médicos	6
1.1.2 La ética Médica	11
1.1.3 inventario de salud General de Goldberg	14
CAPITULO II	
2.0 Problemas emocionales	16
2.1 T. Somáticos	17
2.1.1 Criterios diagnósticos	25
2.1.2 Epidemiología	26
2.1.3 Etiología	27
2.2 Ansiedad	30
2.2.1 Criterios diagnósticos	35
2.2.2 Epidemiología	36
2.2.3 Etiología.	37
2.3. Fobia Social	42
2.3.1 Criterios diagnósticos	50
2.3.2 Epidemiología	51
2.3.3 Etiología	53
2.4 Depresión	54
2.4.1 Criterios diagnósticos	58

2.4.2 Epidemiología	59
2.4.3 Etiología	62
CAPITULO III	
Metodología	67
CAPITULO IV	
Análisis de los Resultados	71
CAPITULO V	
Discusiones	91
CAPITULO VI	
Conclusiones	98
Referencias bibliográficas	101
Anexo I	104

INTRODUCCIÓN.

Entre las muchas críticas que en la actualidad se le hacen a la medicina es que se ha “deshumanizado”. El término es ambiguo y puede querer decir varias cosas, sin embargo todas convergen en lo mismo: la antigua relación médico-paciente, tan cercana y reconfortante, caracterizada por el interés, la atención, el cuidado del médico hacia su paciente, con una larga historia clínica, con todos los detalles del padecimiento del enfermo, incluyendo sus miedos y sus angustias, su paciencia y comprensión para calmarlo y explicarle con detalle su enfermedad, la confianza desarrollada por el paciente así tratado se ha ido perdiendo poco a poco.

Casi lo único que queda de esa añorada relación médico-paciente tan personal y tan íntima, es el recuerdo o mejor aun, la leyenda.

Dentro de las quejas más frecuentes que se realizan a la atención médica institucional se encuentra, la atención que se le brinda al paciente por parte del Médico, la cual es generalmente percibida como hostil y poco cálida. Por lo tanto, es conveniente analizar un poco más acerca de la naturaleza de estas críticas para poder detectar los diversos aspectos que pudieran estar influyendo en la atención que el médico brinda a el paciente, estos pueden ser del tipo ético, emocional, o social.

Los profesionales de la salud pueden padecer algún tipo de problema emocional que esté repercutiendo directamente en su conducta y que consecuentemente haya algún tipo de conducta hostil o poco empática hacia los pacientes, aunado a la carga de trabajo, como resultado de los factores institucionales y de un desequilibrio de las exigencias, destrezas y/o apoyo social en el trabajo.

Los problemas emocionales de los médicos no han sido estudiados, sino al contrario, han sido ocultados y mal comprendidos, esto generalmente se debe a que existe una “protección” entre la misma comunidad médica, que impide saber y atender con mayor precisión, que tipo de sintomatología puede estar presentando el médico.

Lo que pretende el siguiente trabajo es aportar datos que pudieran ayudar a la mejor comprensión del estado emocional del profesional de la salud y dar algunos comentarios y observaciones hacia esto. En especial a cuatro trastornos emocionales como son: síntomas somáticos, ansiedad, fobia social y depresión.

RESUMEN.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer si los médicos residentes del Hospital General de México presentan problemas emocionales tales como: Síntomas Somáticos, Ansiedad, Fobia Social y Depresión. Los cuales fueron medidos a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ 28. Dicho instrumento fue aplicado a los médicos Residentes antes de iniciar su rotación por la residencia dentro de dicha institución de salud.

En el Capítulo I se hace una revisión bibliográfica de lo que significa la salud mental, la salud mental en los médicos, una revisión de la ética médica, y la evaluación de los problemas emocionales a través del cuestionario de Salud general GHQ 28.

En el capítulo II, se describen lo que son los problemas emocionales y se hace una revisión de lo que en la actualidad son los Síntomas Somáticos, Ansiedad, Fobia Social y Depresión.

En el capítulo III se expone la metodología.

En el Capítulo IV se hace un análisis de los resultados obtenidos que sin llegar a ser significativos estadísticamente, podemos diferenciar con claridad, que tipo de problemática prevalece más, en la comunidad médica del tipo de Fobia Social, seguido del trastorno de Ansiedad.

En el Capítulo V, se enfatiza la importancia que tiene el seguir explorando y estudiando este tipo de muestra, ya que incide, directamente en la atención al paciente en las instituciones de salud pública y privada, así como el bienestar que el médico tenga en su vida personal y profesional.

PALABRAS CLAVE: Problemas Emocionales, Síntomas somáticos, Ansiedad, Fobia Social, Depresión.

CAPITULO I

1. O SALUD MENTAL.

La Organización Mundial de la salud define la salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la Salud Mental se destaca en la definición de la salud que figura en la constitución de la Organización Mundial de la Salud “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

1.1 SALUD MENTAL EN LOS MÉDICOS.

El ser humano es protagonista activo, agente no solo de su propia historia, sino también de su propia salud-enfermedad, según sus diferentes actitudes o conductas, acorde a su funcionamiento afectivo y relacional que dan lugar a manifestaciones directas y a otras indirectas, como su propio efecto medidor aferente sobre el funcionamiento del SNC (Pérez Tamayo; 2002).

La práctica médica actual, en todas culturas y sociedades, enfrentan retos sin precedentes como son las crecientes disparidades entre las necesidades legítimas de los pacientes, los recursos disponibles para satisfacerlas, y las presiones que sobre el médico ejerce la transformación de los sistemas de salud. En las últimas décadas la educación médica de pre y posgrado ha sido objeto de un intenso análisis por la sociedad y la comunidad médica, debido a la particular tensión que ocurre durante el entrenamiento del profesional de la salud y las diferentes fuerzas del entorno que impactan su conducta y toma de decisiones en la práctica clínica (Op, cit)

La sociedad ha externado cada vez, con mayor frecuencia una profunda preocupación por la conducta de los médicos que perciben como poco profesional, y la comunidad médica ha planteado diversas estrategias para enfrentar estas deficiencias en la formación de los médicos. En los últimos años la más importante de estas estrategias ha sido el reconocer la necesidad de que los conceptos relevantes del profesionalismo médico deben incluirse de una manera explícita en el proceso educativo de las escuelas de medicina, el pregrado, el postgrado y el desarrollo profesional continuo (Op. cit).

La comunidad médica tiene un “contrato” o compromiso social implícito con la comunidad y el paciente individual, que debe ser satisfecho en un entorno que con frecuencia pone a prueba al profesional de la salud colocándolo en una situación

de tensión entre su conducta profesional, su conducta personal, y los factores de la era moderna que constituyen retos éticos y sociales a enfrentar. Parte de estas amenazas a la integridad del profesional de la salud se debe al choque inevitable entre la histórica misión central del quehacer médico y los imperativos de mercado en la práctica médica, como resultado de su concepción actual por la sociedad como un mero servicio, como una transacción comercial (Chávez; 1991).

Sin embargo es necesario conocer el estado de salud mental general de los médicos en la actualidad como un factor de influencia para la modificación de su conducta, esto de alguna manera está influyendo de manera negativa; la cual no le permite tener el “adecuado” desempeño dentro de su formación médica y por consecuencia, la atención hacia los pacientes puede llegar a ser deficiente (Serrano; 2000).

Es necesario reconocer los “síntomas y signos” conductuales que llevan a los médicos a no desempeñar con calidad la atención a los paciente. (Serrano; 2000).

Los problemas emocionales de los médicos no han sido estudiados sino que han sido ocultados y mal comprendidos, esto generalmente se debe a que existe una “protección” entre la misma comunidad médica, que impide saber y atender con mayor precisión que tipo de sintomatología puede estar presentando el médico. Dentro de los trabajos realizados a lo largo del tiempo han sido relacionados con el estrés laboral y las consecuencias que estas acarrearán, dándole poca importancia a los problemas emocionales de los médicos (Op; cit).

En 2001 Maraño (citado en Mcleod; 2003) criticó que muchos jóvenes eligen la medicina, no por lo que tiene de ciencia experimental y rigurosa, sino por su “leyenda sentimental y romántica de sacrificio” Dentro de las conclusiones que pudo obtener se encontraron:

- a) Búsqueda inmediata de gratificaciones y pensamiento desiderativo e insensible de las necesidades ajenas.
- b) Consumismo cultural, destacando la cultura de la diversión, sin esfuerzo y el culto al dinero.
- c) Un egocentrismo emocional, con máxima preocupación por sí mismo y evitación del compromiso interpersonal
- d) Alcoholismo, suicidio, conflictos matrimoniales y adicciones a sustancias, al juego, etc.
- e) Entre las mujeres médicas el suicidio es tres veces mayor que en los varones, así como una fuerte sobrecarga de trabajo debido a los diferentes roles (ámbito familiar, social, profesional etc.)

- f) Relaciones interpersonales con rasgos narcisistas con alta preocupación por la imagen externa.

Los médicos con algún tipo de trastorno emocional pueden dañar a los pacientes al involucrarlos en sus propios síntomas o indirectamente a través de las consecuencias que pueden tener para ellos (por sus errores, sesgos cognitivos etc.), (Pearson y Stucker; 1999).

Los hombres y las mujeres de la profesión médica dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la de ellos. Las resistencias de los médicos para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol de paciente generalmente suele ser muy tardío y se suele darse, tras un largo periodo en el cual pusieron a prueba un eficaz tratamiento automedicado, y generalmente ya están muy enfermos (Op. cit).

Son otros los médicos (psiquiatras) regularmente cuando se tratan de problemas emocionales, los que están capacitados para evaluar la conducta emocional de un médico y más bien practicar la conocida "ley del silencio" que se debe a sucesivas negaciones patológicas que conducen a los diferentes padecimientos de los médicos (Op. cit).

En la escuela de medicina; la principal meta es orientar y perfeccionar al estudiante en la obtención de conocimiento, pero sin dejar de lado el poder a futuro y una alta competitividad en cuanto a conocimiento se refiere. Por otra parte atributos de intuición sensibilidad emocional y aprecio; vienen a ocupar un valor subjetivo y de poco interés; a pesar de la importancia en la formación de relaciones humanas en el ámbito de la salud. Sus relaciones interpersonales están basadas en la necesidad de externar su criterio y las demandas implacables de alcanzar sus metas, prefieren trabajar y permanecer durante mas tiempo del indicado en una institución de salud o en su consultorio, aun cuando le parezca terrible, una pesadilla y produzca una actitud de desaliento, estando latente la dependencia hacia su trabajo. Antes hacer consciente la necesidad de satisfactores personales y la integración a su familia (Micu y Cols, 2006).

Así pues debido a lo antes mencionado el medico es percibido con "cualidades" por la familia de los pacientes como una persona de alta autoridad debido a que ante los familiares de los pacientes se manejan con

perfeccionismo, un duro juicio mental y su negativa de necesidades humanas; estos atributos le proporcionan cierta superioridad a nivel social (Op. cit).

Estas “cualidades” contribuyen a un alto rendimiento académico, pero también es importante insertar a los estudiantes la tolerancia, la amabilidad que son características importantes para la práctica médica (Op. cit).

Al estudiante de medicina se le alienta para ser objetivo y racional, esta doctrina comienza a la par de su preparación médica la cual constituye algo negativo ya que a menudo excluyen su subjetividad, intuición, sensación y emoción que impide de alguna manera ser empático con sus pacientes; en el médico se ha encontrado una limitación en cuanto a vulnerabilidad emocional. El estudiante de medicina, en general aceptan la facultad autoritaria, ya que a la larga esto proporciona ciertas gratificaciones como el apoyo del mismo gremio, tal como si tratara de un código de honor. (Ruiz Pérez y Cols, 2005)

Los estudiantes a menudo viven una cultura de abuso con una alta percepción de responsabilidad. Más de un estudiante reporta haber tenido abuso verbal y psicológico durante el tiempo de estudiante. Entre el 2° y 3° de la carrera, pasando este tiempo se ha visto que adoptan o favorecen una actitud un tanto “cínica”, que más o menos le permite seguir en la profesión médica (Op. cit).

La residencia médica proporciona poco tiempo personal para las relaciones interpersonales, para el juego y la relajación, así como la reflexión y propiedades de la vida. Trabaja en el tiempo destinado a dormir favoreciendo así la “insignia de honor” (Op. cit).

Los residentes con frecuencia tienen una sensación de culpa y se avergüenzan cuando no pueden ascender, llevándolos a vivir con estrés y angustia, lo cual contribuye a afectar otras áreas de su vida. Los residentes reportan una alta incidencia en cuatro áreas disfuncionales (Op. cit):

- a) Altruismo: nulo, hasta el punto de ser negativo.
- b) Profesionalmente es tacaño y cuidadoso de sus sensaciones y emociones e indeciso con el mismo
- c) La responsabilidad del paciente es solo del médico.
- d) Temor al reconocimiento personal de sus fracasos.

La carga impuesta para los residentes es internalizada e incalculable.; resultado de esto es ser un profesional trabajador, y debido a que constantemente les piden “ayuda” olvidan una de las áreas más importantes, “la vida emocional” llegando a

causar una relación riesgosa no solo en el área profesional, familiar, interpersonal, y con el mismo (Oriol y Cols;2004).

Durante la residencia el médico joven percibe sus fracasos y errores, así como su presión para desempeñar a la “perfección” su trabajo y el miedo al fracaso. La alternancia de esta secuencia es infortunada y soportada (Op. cit).

El constante servicio a otros así como la competencia profesional favorecen a estar poco dispuestos y esta es una forma de vulnerabilidad emocional (Op. cit).

El estrés en la práctica médica acentúa la respuesta condicional de la familia, la educación y el trabajo. Estas son algunas cuestiones específicas (McLeod, 2003):

- a) El médico trabaja con intensidad emocional aspectos de vida, sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte. La larga cultura de códigos de conducta, cuestión que gobierna emocional y subjetivamente, hace que el joven médico a menudo no este preparado adecuadamente en las suficientes experiencias de vida con ellos mismo.
- b) Los pacientes pueden ser difíciles ya que adoptan un rol en el cual tener la enfermedad es una ganancia secundaria, este tipo de pacientes requieren de cuidados extremos, de poner límites claros y esto es para los médicos otro tipo de estrés en su vida profesional. Este tipo de atención hacia los pacientes no garantiza la completa satisfacción de los mismos los cuales a veces llegan a proceder jurídicamente en contra de los médicos esto hace una círculo vicioso en el cual se ven afectadas las diferentes áreas de su vida personal
- c) La muerte es vista por el medico como un enemigo en la cual hay que desafiar, es un constante desgaste del medico que tiene que liderar entre el paciente agonizante, las expectativas de la familia del paciente, y sus propias sensaciones y expectativas.
- d) Los doctores no solo cargan con su alta expectación de triunfos sino que también esta introyectada el ideal y las expectativas de los padres y familiares, este estrés, se va acumulando no solo físicamente sino psicológicamente los cuales podrán soportar en la medida de sus destrezas existentes en su personalidad.

Aunado a todas las situaciones antes mencionadas el medico experimenta un estrés más elevado por el hecho de trabajar largas horas, privación de sueño,

mala comida, y una relación interpersonal y emocionalmente cargada de situaciones desfavorables (Op. cit).

En la actualidad en el plan de estudios de la licenciatura en medicina, en nuestro país específicamente, es casi nula la importancia que se le da a la Ética Médica, sin embargo, es uno de los pilares, que hizo florecer aun más el ejercicio de la medicina como ciencia hace dos siglos y delimita de manera clara los derechos y obligaciones de la profesión médica. (Serrano 2000).

1.1.2 LA ETICA MÉDICA.

A lo largo de la historia han surgido varios documentos que se han usado, con razón o sin ella como códigos de ética, desde luego el término ética ha sido utilizado y se sigue utilizando por diferentes personas con frecuencia teñidos de una fuerte carga religiosa, ideológica, cultural y social. A nivel profesional los filósofos reconocen a la ética, como la disciplina que se encarga del estudio del comportamiento moral y consideran distintos tipos de ética, como el hedonismo, pluralismo, subjetivismo, relativismo, idealistas, kantiana, etc. (Pérez Tamayo, 2005)

El término “ética”, por si mismo, traduce la complejidad temática de la disciplina y apoya la necesidad de usar un lenguaje preciso cuando se pretende transitar en ella. (Op. cit)

La ética es definida por el diccionario de la Real Academia Española (2002) como la “parte de la filosofía que trata la moral y las obligaciones del hombre”. En relación con el término “moral” el citado diccionario señala “perteneciente o relativo a las acciones de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia” y/o “ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia”, conviene señalar que el comportamiento moral no implica una base religiosa o trascendental, sino que, en relación con la ética medica, debe ser secular, para no excluir a nadie en una sociedad plural. La Ética la parte de la filosofía que trata de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos (Pérez Tamayo 2005)

La ética médica es el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, etc.) dirigidos a cumplir con los objetivos de la medicina. Por lo tanto se trata de una forma de ética profesional, o sea, de una disciplina que se ocupa del comportamiento moral de los profesionistas de la salud cuando actúan como tales (Op. cit).

La ética médica surge en el años de 1902 en una expedición francesa, se encontró el código del rey Hammurabi quien reino Babilonia durante 43 años. Este código es una elección de leyes administrativas que regulan muy distintos aspectos de la sociedad y de la vida de los reinos, y es uno de los primeros en la historia registrada de la humanidad en el que legisla sobre ciertos temas éticos (Potter 2004).

El juramento hipocrático, brilla en la historia de la medicina como una de las principales fuentes de la ética médica universal, como el origen y el resumen de los principios éticos de la medicina occidental, que supuestamente han regido (por lo menos en teoría) el comportamiento ético de los médicos, desde que fue establecido en el siglo V a.C. hasta nuestros días (Ruy Pérez, 2005).

Veatch señala: El juramento hipocrático se basa en el comportamiento del médico de buscar "... el beneficio de los enfermos de acuerdo con mi capacidad de juicio...", por lo que puede caracterizarse como individualista, paternalista, y centrado únicamente en las consecuencias de las acciones médicas. El individualismo considera poco ético porque excluye a la meta central del utilitarismo, que es el máximo beneficio del mayor número de personas en la sociedad como un todo, mientras que el juramento especifica que el medico tiene la obligación primaria de beneficiar a su paciente, al margen de las consecuencias, que sus acciones traigan beneficio para los sujetos que no son sus pacientes, y para la comunidad. El paternalismo se traduce tanto en el mandato de ".....proteger al paciente del daño y la injusticia....." como significado de los problemas que el propio enfermo pueda autoproducirse, así, como en el secreto profesional que no debe violarse, pero solo entre los miembros de la secta pictográfica. En relación con las consecuencias del "....beneficio de los enfermos.....", es posible que tal proporción se opongan a otros principios o derechos no enajenables, incluso del propio paciente. (Op. cit).

En la actualidad, el primer código ético de la AMA (Asociación Médica Americana) señala "desde hace tiempo la profesión médica ha suscrito un cuerpo de pronunciamientos éticos desarrollados primariamente para el beneficio del paciente. Un medico debe de reconocer su responsabilidad no solo ante los pacientes sino también ante la sociedad, ante los profesionales de la salud, y ante si mismos". Los siguientes principios adoptados ante esta asociación no son leyes sino estándares de comportamiento que definen los aspectos esenciales de la conducta honorable del médico, los cuales son (Op. cit):

- a) Estará dedicado a proporcionar servicios médicos competentes con compasión y respeto por la dignidad humana.

- b) El médico debe tratar honestamente con pacientes y colegas, y exponer a aquellos médicos deficientes de carácter y competencia o que practiquen el fraude y el engaño.
- c) El médico debe respetar la ley y asumir la responsabilidad de buscar cambios en los requerimientos que sean contrarios a los mejores intereses del paciente.
- d) El médico debe respetar los derechos de los pacientes y de los colegas y de otros profesionales de la salud, y también debe mantener la confidencialidad del paciente dentro de los límites de la ley.
- e) El médico debe continuar estudiando, aplicando, avanzando el conocimiento científico, comunicar la información relevante al paciente, a los colegas, y al público, solicitar consultas y usar el talento de otros profesionales de la salud cuando este indicado.
- f) Excepto en emergencias, el médico debe poder decidir libremente a qué pacientes atender, y el ambiente en el que desea proporcionar sus servicios.
- g) El médico debe aceptar su responsabilidad de participar en actividades que contribuyan a mejorar su comunidad.

En 1948 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una declaración (conocida como la Declaración de Ginebra) que en 1968 fue corregida y aprobada por la XXII Asamblea Médica Mundial, reunida en Sídney, Australia en los siguientes términos:

En el momento de ingresar a la profesión medica:

- a) Solemnemente prometo consagrar mi vida al servicio de la humanidad
- b) Daré a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen.
- c) Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad: la salud de mi paciente será mi primera preocupación
- d) Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica por todos los medios a mi alcance; mis colegas serán mis hermanos.
- e) No permitiré que consideraciones relativas a religión, nacionalidad, raza, partidos políticos, o estructura social se interpongan entre mi deber y mi paciente.

- f) Mantendré el mayor respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; aun bajo amenaza.
- g) No usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de la humanidad.
- h) Hago estas promesas solemnemente, en forma libre y por amor (Op. cit).

1.1.3 INVENTARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBER “GHQ” 28.

El GHQ 28 es un cuestionario para evaluar salud auto-percibida, es decir, la evaluación que hace el individuo de un estado de bienestar general, especialmente en lo referente a la presencia de ciertos estados emocionales, la depresión y la ansiedad. (Goldberg Williams, 1996).

El cuestionario tiene como objetivo identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo que se considera que en realidad lo que mide es salud mental específicamente, el cuestionario se refiere a los tipos principales de fenómenos que pudieran estar presentando el individuo como: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” de la vida cotidiana y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico (distressing), lo que pretende medir el GHQ 28 son cuatro sub escalas específicamente:

- A) Síntomas somáticos
- B) Ansiedad.
- C) Fobia social
- D) Depresión

El GHQ 28 establece una relación y una diferenciación clara entre la depresión, ansiedad, síntomas somáticos y fobia social. (Op. cit).

Uno de los primeros grupos que trabajo con el tema de problemas emocionales en médicos fue el Hospital General de Burgos (1994). En un primer estudio aplicaron el GHQ a 46 psiquiatras de forma anónima y los resultados mostraron niveles altos, en fobia social, ansiedad, (Op.cit).

En Barcelona en el hospital de Extremadura, también se analizo esta problemática en la cual los médicos respondieron a una encuesta anónima (población 157 médicos de 192 adscritos al hospital.) en el cual se encontraron fobia social,

síntomas somáticos y ansiedad en niveles altos, medidos a través del GHQ 28.
(Op.cit)

CAPITULO II

2. 0 PROBLEMAS EMOCIONALES.

Los problemas emocionales según Charlotte Bühler 1992. (Citado en Holguin R. 2004), es una interrupción o detención que presenta un individuo o un grupo en su evolución o desarrollo, presentando cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional y que puede interrumpir y distorsionar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital.

La manifestación de los problemas emocionales pueden llegar a variar de un individuo a otro, de acuerdo a sus características individuales, a su historia personal, tomando en cuenta factores genéticos y ambientales, así como también, la intensidad y magnitud de la situación, indicadores estos que le permitirán a los profesionales de la salud mental definir el grado del problema (op. Cit).

Existen problemas emocionales de diferentes grados, así tenemos los leves o transitorios, que son aquellos que presentan conductas atípicas circunstanciales y/o reactivas, producto de un conflicto que, esta presentando el sujeto en este momento, y que puede durar semanas o meses afectando directamente la conducta y en algunos casos puede llegar a presentarse una mejora progresiva. En otro tipo de casos la atipicidad de las conductas son permanentes, interrumpiendo sus diferentes actividades diarias y deteriorando las relaciones interpersonales, laborales y vitales (Ruiloba J. 2002)

En la actualidad se considera que en los problemas emocionales están implicadas causas biológicas, psicológicas y sociales. El peso de dichas causas pueden llegar a variar en mayor o menor grado; sin embargo existen dos signos o indicadores que nos pueden avisar de la presencia de un trastorno Psicológico los cuales son (www.psicología_online.com.mx):

- a) La presencia de emociones dolorosas (sentimientos de ansiedad, depresión o irritación crónica).
- b) Aparición de conflictos continuados en las relaciones sociales o familiares.

A continuación se describirá cada uno de los trastornos emocionales (síntomas somáticos, ansiedad, fobia social y depresión) que mide el Cuestionario de salud General de Goldberg. GHQ 28.

2.1 TRASTORNOS SOMATICOS.

Los fenómenos de somatización han sido conocidos por la medicina desde hace siglos, bajo diferentes denominaciones como histeria e hipocondriasis. De hecho se considera que los trastornos somatomorfos se solapan, considerablemente con la histeria (Veit 1965, citado en García y Cols; 2004). La primera referencia escrita a este trastorno la realizaron los egipcios, quienes en el papiro de Kahum (1900 a.c.), describen un trastorno en el que se producían síntomas físicos sin que los médicos pudiesen identificar ninguna alteración orgánica (Ford y cols., citado en Campayo y Cols 2004). Los Griegos en el Corpus Hipocraticus, reconocieron también esta enfermedad. Ellos fueron los creadores del término histeria, cuyo origen es la palabra griega “hysterium” (útero). Se consideraba que el trastorno estaba producido por el desplazamiento del útero en el organismo.

A finales del siglo XVI Le Pois (citado en García y Cols; 2004), fue el primer autor en rechazar la teoría uterina de la histeria, este autor señaló que la histeria era una enfermedad característica de las mujeres, mientras que la hipocondriasis es la contrapartida masculina del mismo trastorno; ambas afecciones se caracterizan por una “inconsistencia mental y corporal” de los individuos que la padecen, sufriendo una cantidad de síntomas físicos capaces de mimetizar múltiples enfermedades (García y Cols,2004).

Posteriormente Sims (citado en García y Cols, 2004), es quien define la hipocondriasis con una terminología semejante a la actual. “son pacientes - describe- cuya mente esta completamente absorbida por el estado de salud que imaginan infinitamente peor de lo que realmente es, y se consideran afligidos por cualquier enfermedad que ven, oye o leen (Op. Cit.)

A finales del siglo XIX, el estudio de los pacientes con histeria sirvió a Freud, para colocar los cimientos de la teoría Psicoanalítica. En los años 1894-95; establece los mecanismos de formación de la histeria de conversión. Tras un suceso traumático, la memoria dolorosa del evento es reprimida o disociada, y el efecto doloroso se transforma en síntomas somáticos. Freud inicialmente pensaba que el trauma precipitante era de naturaleza sexual, pero posteriormente, pensó que era suficiente una fijación a nivel edípico. El fracaso en la resolución del trauma psíquico incestuoso era la base del conflicto intrapsíquico que se exacerbaba en el período adulto, momento en que los instintos sexuales alcanzaban su máxima expresión. Consideraba que el ego se defendía de la ansiedad resultante del conflicto mediante la represión y la conversión (Op.cit).

Las teorías Freudianas, con ligeras modificaciones, denominaron el panorama psiquiátrico durante la primera mitad del siglo XX, hasta que Purcell (citado en García y Cols; 2004) revisó las descripciones de los casos de Briquet. Sobre esta base, Gattfield y Guze (1962, citado en García y Cols, 2004), configuraron una

serie de criterios operativos que delimitaban un subgrupo homogéneo de pacientes histéricos. Estos criterios incluían un inicio precoz de la sintomatología (edad inferior a 35 años), curso crónico y múltiples quejas somáticas (25 síntomas ó más) en diferentes sistemas orgánicos, con descripciones dramáticas y uso excesivo del sistema sanitario. Estudios clínicos, epidemiológicos y de seguimiento establecieron la validez, fiabilidad y consistencia interna del “síndrome de Briquet”, y demostraron su independencia de los trastornos ansiosos y depresivos. Con estos criterios encontraron que el cuadro era estable en el 80-90% de los pacientes a los 6-8 años. En el DSM III y el DSM IIR utilizaron una versión simplificada de los criterios de estos autores y abandonaron el término “síndrome de Briquet” para sustituirlo por el de “Trastornos Somatomorfos”. Actualmente existen dos definiciones aceptadas de somatización como proceso (citado en Salvanes y Cols, 2006).

- a) La de Katon quien la describe como “un idioma de malestar en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales los articulan mediante síntomas físicos”
- b) La de Kleinman y Kleinman para quienes la somatización es la “expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica”

El término somatización se utiliza para describir a los pacientes que manifiestan una tendencia a experimentar y comunicar el malestar psicológico e interpersonal a través de molestias físicas y síntomas médicos inexplicables para los que buscan tratamiento (Op.cit).

La experimentación de síntomas somáticos es un proceso muy habitual en el ser humano, es decir, la condición normal en el hombre es experimentar síntomas somáticos de forma frecuente y eso no constituye ninguna enfermedad psiquiátrica. Solo debe hablarse de somatización, y catalogarse como un problema médico, cuando el individuo atribuye estas molestias a una enfermedad orgánica y busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente; pese a las reafirmaciones de los médicos en el sentido de que no padece ninguna enfermedad física grave que este produciendo los síntomas (Op. cit). Actualmente se acepta que, paciente somatizador, es aquel que cumple los criterios de Bridges y Goldberg (1985) que son los siguientes.

- a) El paciente consulta por síntomas somáticos.
- b) El paciente atribuye los síntomas que padece a una enfermedad orgánica
- c) Existe un trastorno psiquiátrico diagnosticable con las clasificaciones psiquiátricas actuales.

- d) En opinión del médico, el tratamiento del trastorno psiquiátrico mejoraría los síntomas físicos.

En esta definición se incluyen, mayoritariamente, pacientes que cumplen criterios diagnósticos de trastornos depresivos o de ansiedad y sólo menos del 10% cumplen criterios de trastornos somatomorfos (Lobo y cols., 1996 citado en Durad y Cols, 2004). Los trastornos somatomorfos constituyen “la punta del iceberg” de los fenómenos de somatización, porque representan las formas crónicas e invalidantes. El concepto de somatización incluye tres componentes (Lipowski citado en Durad y Cols; 2004):

- a) EXPERIMENTAL: Expresa lo que el individuo percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. Generalmente, sólo es conocido por el propio individuo.
- b) COGNITIVO: Se basa en la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a qué las atribuye, es decir, el significado subjetivo que tiene para él. También incluye el proceso de toma de decisiones que surge a partir de aquí. En el caso de los somatizadores, las sensaciones somáticas son interpretadas como una enfermedad amenazante o capaz de producir daño corporal, convicción que persiste pese a las reafirmaciones médicas en sentido contrario.
- c) CONDUCTUAL: Incluye las acciones y la comunicación verbal que sigue a dichas atribuciones. Típicamente, aunque no de forma invariable; el sujeto se decide a buscar consejo o tratamiento en la medicina o en otras alternativas paramédicas. No todas siguen este curso de acción; algunos se tratan a sí mismos, buscan el consejo de amigos o se dedican exclusivamente a quejarse ante familiares o personas no profesionales. Desde el punto de vista el sistema sanitario, los que buscan ayuda médica, sobre todo forma persistente, representan un serio problema de salud comunitaria.

La mayoría de las personas han experimentado síntomas somáticos en respuesta a la pérdida de una relación importante (op cit).

La mayoría de los pacientes cumplen criterios para una única forma de somatización entre las que se encuentran:

- a) Síntomas inexplicables desde el punto de vista médico. Síntomas somáticos para los que no se encontraban una explicación después de haberse realizado una evaluación médica adecuada.
- b) Síntomas de hipocondría. Preocupación por las sensaciones corporales y tendencia a pensar excesivamente en la posibilidad de sufrir una enfermedad médica grave.
- c) Presentación somática de un trastorno psiquiátrico, ya que algunos trastornos surgen al margen de los trastornos somatomorfos, también presentan síntomas somáticos como el elemento más prominente de su propio cuadro clínico.

Los trastornos somatomorfos tienen como elemento común la presencia de síntomas que siguieren una enfermedad médica y que no puede explicarse completamente por la presencia de la enfermedad, por los efectos directos de una sustancia, o por otro trastorno mental, los síntomas físicos no son intencionados , es decir, no están bajo el control voluntario (Op. cit).

Las bases psicodinámicas de los trastornos somatoformos, postulan que los trastornos por somatización y los subgrupos relacionados, de pacientes hipocondríacos, conversivos, dismórficos o con dolor psicógeno, requieren para su diagnóstico y tratamiento de diferentes perspectivas y orientaciones. Por ello, el abordaje del enfermo somatizador va a exigir la colaboración de médicos de atención primaria con psiquiatras y psicólogos (García Campayo y Cols, 2004).

El modelo medico parte del hecho de que la sintomatología se sustenta en mecanismos cerebrales alterados directa o indirectamente y se reconozca o se suponga, por el momento, su verdadera causa. Históricamente cuando el paciente presentaba sintomatología física sin causa orgánica demostrable, se le diagnosticaba de histeria. Según esta orientación, los síntomas somatoides se deberían beneficiar de los tratamientos psicofarmacológicos. En aquellos grupos de pacientes cuyos trastornos somáticos se asocian a la depresión, o a trastornos por angustia o psicosis, si se van a beneficiar con el tratamiento psicofarmacológico. El resto responderá mejor a la psicoterapia (Op. Cit).

El modelo psicobiosocial, trata de abarcar la comprensión de la persona en su totalidad, incluyendo su entorno familiar, social, laboral, cultural, e incluso sanitario, englobando en este sentido también la actuación del médico. Este modelo, a pesar de ser importante, solamente puede explicarnos la etiología, de algunos trastornos que sean reactivos o desadaptativos, pero no de aquellos otros, que conlleven una profunda alteración de la personalidad, con una

estructura patológica adquirida desde la infancia y portadora de los conflictos internos antiguos y no resueltos (op.cit).

El tratamiento de orientación psicoanalítica resulta de larga duración y con resultados a obtener a medio y a largo plazo, por lo que es oneroso y poco practicable, como tal, en toda su extensión, en la atención pública o privada. Pero las psicoterapias breves y las de grupo, son de gran utilidad y de aplicación en cualquier medio. En el caso del enfermo somatizador, si bien sus conflictos situados a nivel inconsciente o consciente, son las causantes de su sintomatología, se han de añadir una característica de personalidad, que consiste en su dificultad para la expresión de sus sentimientos (alexitimia), la cual esta caracterizada por (Sifneos y Neiman 2003 citados en García Campayo, 2004):

- a) Incapacidad para expresar emociones a nivel verbal y comunicativo
- b) Limitada capacidad de insight
- c) Contacto esquizoide.

El silenciar la voz se puede dar en varias circunstancias, para proteger una relación significativa o para no entrar en conflicto por la normativa impuesta o simplemente para acomodarnos a la norma social o la costumbre cultural de nuestro entorno. El cuerpo resulta más difícil de silenciar: la expresión facial, la voz, la postura, la mirada, etc. dejan traslucir nuestras emociones. Con el tiempo, por las exigencias del medio, también se aprende a enmascarar la expresión corporal de los sentimientos, desligando cada vez más el cuerpo del discurso, por lo que se llega a la somatización (Op.cit).

La dificultad para expresar las propias emociones y sentimientos hace que su evolución se asemeje a una forma de ser y de vivir; que permite que esa persona tenga una estructura neurótica de su personalidad, una personalidad anómala y por consecuencia, sea mediante los síntomas físicos, mediante el dolor, como intentan comunicarse y expresarse con su medio y con ellos mismos.

Estos sería lo más aproximado a una personalidad somatizadora. Así, pues, las alteraciones básicas manifestadas por quienes padecen altos niveles de alexitimia son:

- a) Dificultad para identificar los propios sentimientos y manifestar el malestar. El tener el pobre control cognitivo sobre las emociones tienden a manifestarlas de un modo brusco e incontrolado
- b) Dificultad para diferenciar entre los sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional, tendiendo a atribuir a ésta última a síntomas somáticos vagos.
- c) Reducida capacidad de la simbolización y de la capacidad imaginativa, lo que les limita para modelar la ansiedad mediante la fantasía y el ensueño. Su pensamiento concreto se caracteriza por la carencia de tintes afectivos y la tendencia a orientarse a lo externo (García Campayo 2004)

Los síntomas que presenta el paciente en la alexitimia son fundamentalmente somáticos (tensión, irritabilidad, frustración, dolor, abatimiento, vacío, inestabilidad, impaciencia, nerviosismo), mientras que en la neurosis propiamente dicha predomina la dificultad psicológica y racional con síntomas de depresión y ansiedad. El contenido mental del alexitímico es tendiente a los detalles concretos y a la ausencia de fantasías, mientras que el del neurótico es rico en fantasías y tiene una buena verbalización. El lenguaje del alexitímico presenta una dificultad para describir la vida subjetiva y afectiva, mientras que en el lenguaje del neurótico hay habilidad y competencia verbal. El llanto es raro en el alexitímico o se presenta en forma de crisis sin relación con el afecto, en el neurótico el llanto puede ser frecuente. En la alexitimia son raras las ensoñaciones mientras que en el neurótico es frecuente. El afecto en la alexitimia es inapropiado y apropiado en la neurosis. La acción alexitímica es impulsiva, la acción domina el estilo de vida mientras que la acción neurótica es apropiada. Las relaciones interpersonales del alexitímico son pobres, dependientes, y de evitación, mientras que la del neurótico se basa en conflictos específicos.

En la personalidad alexitímica hay rasgos narcisistas, replegada en sí misma, pasivo agresivo, dependiente, la del neurótico es mucho más flexible, igual que la actitud neurótica, mientras que la del alexitímico es rígida (Op. cit).

En la figura 1 se recogen las bases Psicodinámicas de los trastornos somatomorfos incluyendo factores, tanto conscientes como inconscientes así como las características de la personalidad alexitímica que conduce al trastorno de somatización (Campayo 2004).

FIGURA 1

Trastorno Somatomorfo: Psicodinamia



Figura 1. Bases psicodinámica de los trastornos somatomorfos (Campayo 2004).

Según el psicoanálisis, los procesos inconscientes son la causa de los síntomas somatoides. El cuerpo representaría una función defensiva ante conflictos emocionales profundos. Así, son reprimidos los impulsos agresivos y eróticos. El conflicto se produce entre un impulso instintivo y las prohibiciones internas contra su expresión. Los sentimientos de culpa generados por las pulsiones eróticas y agresivas, dan lugar a la culpa y a los deseos de reparación del daño supuestamente inferido. En este caso, la enfermedad se transforma en castigo merecido (Durad y Cols, 2004).

Conflicto generador de ansiedad.

Valor de los síntomas

Represión impulsos agresivos y eróticos.	Permite la expresión parcial del deseo prohibido de un modo camuflado.
Defensa contra la culpa.	Puede presentar una relación simbólica con el conflicto inconsciente.

Conflictos entre impulso instintivo y prohibición.	Rebajan en parte la tensión psíquica (beneficio primario)
Conflicto edípico: el analista se centra en la triada Edípica, análisis de objetos internos y resistencias.	Mantienen los conflictos internos lejos de la consciencia.
Conflicto pre-edípico. Relación objetal parcial (posición esquizoide o depresiva de M: Klein) modelo mundo interno basado en la oralidad, voracidad, envidia.	Sirven como expiación de culpa. Beneficio secundario (evitar responsabilidades, búsqueda de afecto.

Tabla 1 Los síntomas somáticos permiten la expresión parcial del deseo prohibido, rebajando la tensión psíquica y representando una relación simbólica con el conflicto inconsciente. Este puede situarse a nivel edípico o pre edípico (Mackinnon 1973 citado en Durad y Cols., 2004).

La hipocondría deriva de sensaciones físicas y de interpretaciones acerca del cuerpo que conducen al paciente a un irrefrenable miedo a padecer enfermedades graves. El enfermo hipocondriaco da la impresión de que se ha apartado del modo natural y sano de estar en el mundo. Por el contrario, parece que espera de un modo natural la enfermedad como castigo. Es como si su cuerpo fuera tan frágil que le anuncia constantemente una grave enfermedad. Manifestaciones de pequeños malestares son motivo de preocupación debido a que su umbral de sufrimiento ha descendido. Los deseos agresivos reprimidos se desplazan hacia sus dolencias somáticas. La ira de los pacientes hipocondríacos resulta intensa, se vuelve hacia ellos mismos y se asienta sobre frustraciones pasadas. Su culpabilidad interior les lleva a esperar e incluso a desear inconscientemente el castigo de la enfermedad. Existen en ellos sentimientos de maldad y de baja autoestima. Se da una hipervigilancia de sus funciones corporales, que viven con dolor y sufrimiento. Su autoatención acapara la totalidad de su existencia. Solicitan ayuda pero no encuentran consuelo. Adquiere el rol de enfermo algunas veces, de un modo inconsciente, para evitar enfrentarse a sus problemas internos. Se refugian en el manto de su propio cuerpo, como cuando era niño y lo hacían en el regazo materno (Op. Cit).

Para establecer el diagnóstico de trastorno por somatización, es necesario seguir los criterios diagnósticos del DSM IV R.

2.1 .1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV (2002) PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

A.- Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persisten durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o

provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B.- deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación y que cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración.

- 1) Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (por ej.; cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación o el acto sexual o la micción).
- 2) Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ej. Nauseas, distensión abdominal, vómitos {no durante el embarazo}, diarrea o intolerancia a ciertos alimentos).
- 3) Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproducción al margen del dolor (por ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
- 4) Un síntoma pseudoneurológico : historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos, como amnesia, o pérdida de la conciencia distinta al desmayo).

C.- Cualquiera de los dos síntomas siguientes:

- 1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ej, drogas o fármacos).
- 2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.

D.- Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

2.1.2 EPIDEMIOLOGIA.

La prevalencia de este tipo de trastorno es incierta, ya que este tipo de trastornos generalmente pueden llegar a confundirse con otros síntomas, sin embargo la Organización Mundial de la Salud reporta que se presenta en el 5% de de los pacientes que acuden a consulta en instituciones de salud. Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que se presentan entre el 0.2% y el 2.0% a lo largo de la vida, mientras que en los varones se presentan menos del 0.2% a los largo de su vida; los varones y las mujeres que sufren este trastorno presentan características clínicas similares, incluyendo comorbilidad con otras trastornos psiquiátricos (Durad y Cols; 2004).

Por definición el síndrome debe iniciarse antes de los 30 años, pero la mayor parte de los síntomas comienzan durante la adolescencia, con frecuencia coincidiendo con la menarquía, o más raramente alrededor de los 20 años. El riesgo de depresión, abuso de alcohol y personalidad antisocial aumenta en los familiares de primer grado en los pacientes con un trastorno de somatización (op cit).

La importancia clínica de los trastornos somatoformas para el sistema sanitario de cualquier país depende de (op cit):

- a) Elevada prevalencia: la prevalencia de los trastornos somatomorfos en la población general variaba desde el 0.38% (Swartz y Cols citado en García Campayo 2004) al 4.4%, el cual dependerá del número de síntomas requeridos. En atención primaria se calcula que el 1% de los pacientes que consulta al médico de familia por un nuevo episodio de enfermedad es diagnosticado de trastornos de somatización. Finalmente, el 15% de los pacientes vistos en los servicios de Psiquiatría de enlace e interconsulta presentan trastornos somatoformes (De León y Cols citado en García Campayo y Cols; 2004).
- b) Escasa calidad de vida: pese a que la incapacidad que producen los trastornos somatoformes es similar a la que se asocia a otros trastornos psiquiátricos (Hiller W y cols 2000 citado en García y Cols; 2004).
- c) Elevados costes sanitarios: La somatización supone el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado (Barkis y cols citado en García Campayo, 2004), dicho coste no incluye los gastos de invalidez o de las bajas laborales. El coste anual medio por paciente con trastorno de somatización se ha calculado en unos 878 dls.

- d) Difícil manejo por parte de los profesionales sanitarios. Los somatizadores se consideran uno de los pacientes más difíciles en su relación con los profesionales sanitarios. La razón es que suelen estar descontentos con cualquier tratamiento que se les ofrece y solicitan constantemente la ayuda médica. La consecuencia es que una elevada proporción de médicos rechaza tratar estos pacientes por los sentimientos de frustración e ira que tienden a producir en el profesional (Op. cit).

2.1.3 ETIOLOGIA.

En la etiología de la personalidad somatizadora intervendría la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, como una serie de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. (Durad y Cols; 2004)

Predisponentes: Desde la perspectiva biológica serían factores predisponentes, los genéticos y los temperamentales. Los psicológicos serían los modos habituales de pensar del sujeto y las experiencias de enfermedad vividas. Las sociales serían la calidad de las relaciones interpersonales y las diversas dificultades crónicas de la vida y acontecimientos vitales relacionados con la enfermedad (op, cit).

Precipitantes: Los biológicos serían traumas y enfermedades de cierta entidad vividas por el individuo o enfermedades más banales sufridas con la intensidad subjetiva. Los psicológicos estarían integrados por el estrés vital y las dificultades para afrontar el cambio que tenga el individuo. Los sociales, el estrés laboral, los conflictos interpersonales y las relaciones (op, cit).

Perpetuantes: En el ámbito biológico serían las propias características del proceso patofisiológico, situaciones de yatrogenia y procedimientos diagnósticos invasivos e innecesario. Los psicológicos, la creencia de enfermedad, miedo a la enfermedad y las dificultades que el sujeto tiene en la resolución de problemas. Los sociales serían el refuerzo del rol del enfermo, el estrés persistente y el chantaje afectivo así como la "rentabilidad" de su condición de enfermo (Op. cit).

Entre los síntomas referidos con mayor frecuencia se encuentran: (Havilan y Reise citados en García y Cols, 2006).

- a) Tendencia a manifestar la ansiedad mediante síntomas físicos
- b) Preocupación excesiva por el funcionamiento corporal, tendencia a comunicarse a través de actos y conductas no verbales.
- c) Evitación de relaciones sociales estrechas.
- d) Embotamiento afectivo.

Con lo anterior se podría establecer un abordaje de clasificación multidimensional que sería la siguiente:

- a) Síntomas somáticos: serían el número de síntomas (un sistema o varios) y el tipo de síntomas (sensoriales y/o motores).
- b) Estado mental: depresión, ansiedad, y pánico, así como otros trastornos psiquiátricos.
- c) Cogniciones: Miedo a la enfermedad y convicción de enfermedad. Empeoramiento funcional y conducta de evitación. Serían conducta de enfermedad y el uso repetido de servicios de salud.
- d) Alteraciones patofisiológicas. Presencia de mecanismos identificables como hiperventilación, vasoespasmo, etc. (op. cit).

También existe una comorbilidad y relación entre los trastornos somatoformos y los trastornos de la personalidad. (García y cols; 2006).

Trastorno esquizoide de la personalidad: Las somatizaciones presentan escasa prevalencia en este trastorno, sí que es frecuente encontrar fijaciones en aspectos corporales de sí mismos.

- 1) *Trastorno paranoide de la personalidad*: El trastorno somatoformo no es frecuente encontrarlo en el trastorno paranoide de la personalidad.
- 2) *Trastorno evitativo de la personalidad*: Se presenta frecuentemente con síntomas difusos de fatiga, apatía, rasgos conversivos, que son utilizados por el evitador como “excusa” para justificar su aislamiento social.
- 3) *Trastorno dependiente de la personalidad*: Aparecen síntomas de tipo conversivo (anestias sensoriales, entumecimiento etc.) que utiliza el dependiente como forma de “sujetar” a su protector.
- 4) *Trastorno histriónico de la personalidad*: Lógicamente es un trastorno de personalidad paradigmático para que aparezcan los síntomas somatizadores, no olvidemos que la histeria y la conversión están íntimamente ligados a la somatización. El “estar enfermo” es una solución simple y fácil para llamar la atención ya que requiere poco esfuerzo y garantiza ser el centro.
- 5) *Trastorno narcisista de la personalidad*: Los sujetos narcisistas, por raro que pueda parecer, también “utilizan” la enfermedad, pueden vivirla como un “estatus de privilegio”. En otras ocasiones el narcisista puede utilizar la somatización como mecanismo de desplazamiento, ya que la somatización, es menos vergonzante que la psiquiatrización.
- 6) *Trastorno disocial de la personalidad*: No es frecuente la presencia de trastornos somatoformes en los disociales o antisociales. La utilización que

pueden hacer del “estar enfermo” está más próxima a la simulación que a la somatización.

- 7) Trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad: Tampoco es frecuente, pero en algunos casos podemos apreciar como la somatización es utilizada por estos sujetos como racionalizaciones de sus fracasos.
- 8) Trastorno límite de la personalidad: Los sujetos con este tipo de trastorno, tienen mucho en común con la personalidad alexitimica. Los trastornos somatoformes se presentan en estos sujetos bien en si mismo o bien por un mecanismo de conversión o de utilización afectiva. La somatización en estos pacientes se utiliza como mecanismo de contención: la enfermedad controla sus impulsos, sirve de justificación para “explicar” su inestabilidad y llena su vacío por el mecanismo de fijación que conlleva la preocupación por la enfermedad (García y Cols, 2007).

2.2 ANSIEDAD.

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por ese carácter universal como parte de la condición humana. Los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales. Los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia, sin embargo no disponían de ningún término para la ansiedad. En la Grecia moderna

existe la palabra **ansuchia**, cuyo significado primitivo es “sin tranquilidad” o “sin calma” que es uno de los términos que más nos aproximan en esa época a la definición de ansiedad (Estein y Cols; 2006).

Berrios y Link, señalaron que en libros antiguos como “la anatomía de la melancolía” de Burton (1961), el léxico psiquiátrico no incorporó la sintomatología de la ansiedad, si no hasta más tarde, sin embargo, los síntomas y las manifestaciones individuales que correspondían a la ansiedad se consideraban estados asociados a otras enfermedades; es decir, que la dificultad respiratoria durante el estado de ansiedad se le atribuía a anomalías pulmonares; las náuseas se atribuían a una alteración gástrica y los mareos que a veces acompañan a la ansiedad intensa se describían como un estado de vértigo y se imputaban a un problema del oído medio (Op. cit).

Los síntomas antes mencionados abarcan las actuales enfermedades psicosomáticas que aparecen en el contexto de una ansiedad intensa, como el dolor abdominal, las palpitaciones, la falta de aire etc. Los aspectos subjetivos de este tipo de síntomas constituían manifestaciones de los denominados aspectos objetivos de la ansiedad. Que contrastan con los que responden más a las concepciones modernas de estados de terror, la opresión, la fobia, el sobresalto, las rumiaciones obsesivas acerca de la suciedad, la enfermedad y la muerte, las experiencias de despersonalización o desrealización (Op. cit).

Pero fue hasta 1839-1883 en que el neurólogo norteamericano George Miller Beard (citado en Estein y Cols., 2006) otorgó el nombre de neurastenia (debilidad de los nervios) a la panofobia, o ansiedad de hipermanía, de la que hablaban los psiquiatras europeos de aquel entonces, parecida al trastorno de ansiedad generalizada, dando como tratamiento la estimulación “voltaico galvánica” o “estimulación farádica”.

Sigmund Freud (1856-1939 citado en Estein y cols., 2006) se opuso a esta tendencia y escribió: “la neuropatología sólo puede salir beneficiada si tratamos de separar la neurastenia propiamente dicha de todos aquellos trastornos neuróticos, cuyos, síntomas muestran un vínculo mucho más fuerte entre sí que los síntomas habituales de la neurastenia (como la presión intracraneal, la irritación raquídea “ (Freud 1895/1962 pág. 90 citado en Estein y Cols., 2006). Para Freud el cuadro clínico de la ansiedad constaba de los siguientes elementos:

- a) Irritabilidad general.
- b) Expectación ansiosa
- c) Agitación que acecha constantemente

- d) Crisis rudimentarias de ansiedad
- e) Despertar nocturno con terror
- f) Vértigo
- g) Fobias (miedos específicos)
- h) Alteraciones digestivas
- i) Parestesias
- j) Estados crónicos como sensación de lasitud permanente.

Así pues Freud estableció los fundamentos psicológicos de trastorno por ansiedad y delimitó dos tipos de angustia:

- a) La angustia traumática, en la que el yo, que es el aparato psíquico que organiza la percepción, las defensas, la cognición y la ansiedad y que se encarga de regular el estado de ánimo, así como otras funciones mentales, se ve desbordado por un peligro de índole psicológica una “excitación insuperable”, de origen interno o externo (Freud 1926/1959 págs. 137,166 citado en Estein y Cols., 2006). El resultado es una ansiedad desbordante, traumática o automática y el yo no puede actuar ni defenderse.
- b) La señal de angustia evita la experiencia de la angustia desbordante o traumática. La angustia traumática se experimenta durante lo que hoy denominamos episodios o crisis de angustia. (Op. cit)

Además de separar la angustia traumática de la señal de angustia, Freud describió la progresión, durante el desarrollo, de los miedos angustiosos esenciales de los niños. El consideraba que los peligros internos, de relevancia psicológica, que podían llevar a la erupción de la ansiedad, cambiaban con las etapas de la vida. Según estas situaciones traumáticas o peligrosas son el miedo a la pérdida del objeto (p ej., uno de los padres), también descrita como ansiedad por separación, el miedo a la pérdida del amor del objeto, el miedo a la castración y el miedo al superyó o dicho en términos sencillos, el miedo a una conciencia culpable. En las situaciones clínicas de los pacientes adultos concurren varios o todos estos miedos situacionales del desarrollo, pero, por lo común, hay una o dos áreas con mayor ascendencia clínica (Vallejo, 2000).

El termino de Ansiedad como actualmente se le conoce proviene del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción, es un estado de ánimo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión acerca del futuro (Barwol,

2002). Se presenta generalmente como una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular (Gándara y Fuentes, 2005).

La ansiedad se caracteriza por un estado emocional tenso, como dolor torácico, palpitations y disnea; un estado poco placentero y doloroso, de la mente que anticipa algún mal; la aprensión y el miedo patológicos, las dudas propias sobre la naturaleza y el peligro, la creencia en la realidad de la amenaza y periodos con menor capacidad de afrontamiento. Sin embargo el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real; la persona con un trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona a ella, pese a su inexistencia (Op. Cit).

Las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos de ansiedad, sentimientos tan fuertes que los hacen incapaces de funcionar en la vida diaria. Su ansiedad es desagradable y con frecuencia se les dificulta disfrutar de situaciones ordinarias, pero además trata de evitar las situaciones que lo hacen sentirse ansioso, como resultado puede perderse de oportunidades de disfrutarse a ellos mismos o de actuar en su propio beneficio (Durad y Barlow, 2004).

La ansiedad se convierte en fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la habilidad y el funcionamiento de la vida cotidiana, la persona entra en un estado desadaptado caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas (Op. Cit).

Las causas de los trastornos de ansiedad provienen de fuentes múltiples que influyen en los distintos ámbitos que propician este tipo de padecimiento. Desde el punto de vista biológico; se han desarrollado estudios donde se ha corroborado que existe cierta tendencia genética a estar tenso o nervioso, al igual que ciertos trastornos de la personalidad (Op. cit).

La ansiedad también está asociada con circuitos cerebrales específicos y con sistemas de neurotransmisores por ejemplo la disminución de niveles de benzodiazepinas, así como la liberación de corticotropina, la cual está íntimamente relacionada con los estados de ansiedad así como los sistemas noradrenergicos y serotoninergicos (Op. Cit).

Las teorías psicológicas sobre la naturaleza de la ansiedad se remontan a Freud que pensaba que la ansiedad era una reacción psíquica al peligro que rodea la reactivación de una situación infantil atemorizante. Los teóricos conductuales en

cambio, ven la ansiedad como producto del condicionamiento clásico temprano, el moldeamiento u otras formas tempranas de aprendizaje (Op. Cit).

Dentro de los supuestos básicos acerca de la ansiedad que se conocen en la actualidad se encuentran (Vallejo; 2000):

- a) El miedo cuando se evoca ante un peligro objetivo, es una respuesta emocional con un significado adaptativo para la especie humana se trata de un mecanismo de supervivencia.
- b) La evocación de la ansiedad en respuesta a una percepción errónea o exagerada de peligro, cuando no hay tal, se considera un defecto de adaptación
- c) Las personas con trastornos de ansiedad tienden a emitir falsas alarmas que crean un estado relativamente constante de activación emocional, tensión y malestar subjetivo. Estas “ráfagas” mantienen al organismo en estado de alerta.
- d) Los sistemas cognitivos, fisiológicos, motivacional, afectivo y conductual constituyen al episodio particular de ansiedad y se encuentran interrelacionados
- e) El sistema cognitivo desempeña una misión vital y esencial en la evacuación del peligro y los recursos y en la activación de los sistemas fisiológico, motivacional, afectivo, y conductual; cada uno de ellos cumple funciones esenciales
- f) El sistema cognitivo influye a través de pensamientos involuntarios repetitivos, no premeditados y rápidos o de imágenes que pasan inadvertidas para el sujeto (salvo que preste atención) y que éste acepta sin ninguna duda ni vacilación
- g) Los pensamientos automáticos provienen de las estructuras cognitivas más profundas denominadas esquemas, que son las creencias o supuestos básicos
- h) Los pensamientos automáticos y los esquemas pueden ser específicos de un trastorno y, entre las personas con ansiedad, reflejan temas de amenaza y peligro, contrariamente a los temas de pérdida característicos de los sujetos deprimidos

- i) Las reacciones y los trastornos de ansiedad se pueden entender de forma mas completa y parsimoniosa esclareciendo los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y los supuestos de partida del sujeto
- j) Las personas con trastornos de ansiedad cometen errores sistemáticos al procesar la información, como por ejemplo a través del catastrofismo, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico y la extracción de inferencias arbitrarias.
- k) Las personas con trastornos de ansiedad pierden la objetividad y la capacidad para evaluar las cogniciones asociadas al peligro de una forma racional y realista.

A continuación se presentan los síntomas motores que con mayor frecuencia se presentan en la ansiedad, y estos son (Durad, 2007):

- a) Hiperactividad.
- b) Paralización motora
- c) Movimientos torpes y desorganización
- d) Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- e) Conductas de evitación fisiológica o corporal.
- f) Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, excesos de calor.
- g) Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- h) Síntomas gastrointestinales: nauseas, vomito, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- i) Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- j) Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensión fatiga excesiva.
- k) Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Los síntomas antes mencionados generalmente están asociados debidos a la activación del sistema nervioso.

Para establecer el diagnóstico de ansiedad es necesario seguir los criterios diagnósticos del DSM IVR

2.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV TR (2002) PARA EL DIAGNOSTIVO DE ANSIEDAD.

F 41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (INCLUYE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD EXCESIVA INFANTIL)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o (más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: en los niños sólo se requiere de uno de estos síntomas:
 - (1) Inquietud o impaciencia
 - (2) Fatigabilidad fácil
 - (3) Dificultad para concentrarse
 - (4) Irritabilidad
 - (5) Tensión muscular
 - (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje 1; por ejemplo , la ansiedad o preocupación no hace referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como un trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como una fobia social), contraer una enfermedad (como el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de la casa o de los seres queridos (como el trastorno de ansiedad por separación), engordar(como en la anorexia nerviosa) , tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer de enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparece exclusivamente en el trascurso del trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica y no

aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM IV, 2000).

2.2.2 EPIDEMIOLOGIA.

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden igual a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos puede lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud estima que el 20.6% de la población mundial sufre de ansiedad siendo la población más vulnerables las mujeres.

En nuestro país se reporta con una incidencia mas alta a las mujeres y como edad de comienzo de este tipo de trastorno es en promedio de 15 años, otra edad significativa es a los 35 años y por ultimo entre los 60 y los 65 años de edad. Se reporta que 2 millones de habitantes alguna vez en su vida padecieron este tipo de trastorno y 1 millón cien mil habitantes la padecieron en los últimos 12 meses y 440 habitantes lo padecieron en el último mes (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, 2003).

Los trastornos de ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y en México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas (Op. cit).

Para muchos trastornos Psiquiátricos existe evidencia de que gran parte de la población no solicita ayuda médica. Esto es especialmente válido para los trastornos de ansiedad, en los que solo una pequeña porción de pacientes busca tratamiento de algún tipo. Además puede que este tipo de pacientes no sean representativos de la población real afectada por el trastorno sino un subgrupo con unas características determinadas (Vallejo y Cols, 2002).

Los trastornos de ansiedad habían sido considerados los más comunes y más antiguamente conocidos trastornos emocionales. Por otra parte, existen evidencias de que se encuentran ampliamente distribuidos por todo el mundo, en forma transcultural (Op, cit).

2.2.3 ETIOLOGIA.

A continuación se enlistaran cinco factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad y a los trastornos relacionados con esta (Holander, 2001):

- 1) La herencia genética puede manifestar su influencia a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo fácil de activar o lábil, Es decir, los antecedentes familiares del trastorno podrían explicar que, bajo las condiciones oportunas, un paciente manifiesta síntomas de ansiedad. Así pues, la importancia de vulnerabilidad genética no se puede valorar del todo sin considerar el rol interactivo de los factores ambientales psicológicos y sociales (Op. Cit).
- 2) Las enfermedades somáticas pueden tener una repercusión en la vulnerabilidad individual frente a los trastornos de ansiedad. Son dos los elementos que deben examinarse, en primer lugar al estudiar los trastornos de ansiedad hay que descartar posibles causas somáticas que remedien la ansiedad. Muchas veces los síntomas remiten tratando el problema de ansiedad. En segundo lugar, la existencia de un problema somático remite tratando el problema de ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y, en ocasiones, ambos requieren tratamiento (Op. cit).
- 3) Durante la época del desarrollo (Beck y Cols 1985 citados en Estein y Cols; 2006) aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad ante situaciones parecidas a lo que en Psicología se le llama trauma psicológico o trauma del desarrollo que suceden en el contexto de una elevada activación emocional, que pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos sobre la amenaza. “El individuo medroso accede al recuerdo del miedo cuando se le presenta una información atemorizante previamente vivida que se ajusta a la experiencia vivida en ese momento, y el miedo se expresa como una red de la memoria que incorpora información sobre las situaciones y las respuestas que el individuo dio al estímulo, así como el significado del mismo y de las respuestas emitidas previamente.

Los sucesos de la vida cotidiana (estrés) desencadenan nuestra vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad. La mayor parte es de naturaleza interpersonal (divorcios, pérdida del empleo, la muerte de un ser querido etc.). Algunos sucesos quizá sean físicos como enfermedades. Si reunimos los factores antes mencionados en una forma integral, describiremos una teoría de desarrollo de ansiedad, llamada teoría de la vulnerabilidad triple (Barlow 2000,2002, citados en Durad y Cols, 2007); la primera vulnerabilidad es la biológica generalizada es decir, podemos ver que una tendencia a ser nervioso o

sensible puede ser hereditaria; pero una vulnerabilidad biológica generalizada a desarrollar la ansiedad no es la ansiedad misma.

La segunda vulnerabilidad es psicológica generalizada, es decir, que hay ciertas situaciones de la infancia y de la vida cotidiana, generalmente aprendidas, (como el miedo a enfrentarse al mundo exterior porque es peligroso y que no podrá enfrentarse a ciertas cosas cuando salen mal), basándose en experiencias tempranas (Op. cit).

La tercera vulnerabilidad es la psicológica específica, la cual se aprende en la edad temprana; estos pueden ser objetos o cosas en específico como por ejemplo los perros. Así pues un estresor dado podría activar tendencias biológicas de tener ansiedad y activar tendencias psicológicas a sentirse incapaz de lidiar con una situación y controlar el estrés (Op.cit)

- 4) Se presenta ausencia de los mecanismos de afrontamiento. Unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación, no son las percepciones primarias de las diversas situaciones las que más veces llevan a las personas propensas a la ansiedad a percibir un peligro inexistente, sino las percepciones secundarias de su capacidad para afrontar esa amenaza con sus propios recursos (Op. cit).

Los pacientes con ansiedad no aprendieron estrategias adecuadas de afrontamiento o, por el contrario, aprendieron a utilizar respuestas como la evitación, que solo refuerzan la ansiedad e impiden un afrontamiento eficaz. El resultado es que ellos mismos se sienten vulnerables ante la aparición de ansiedad en presencia de acontecimientos vitales u otras dificultades cotidianas (Op. Cit).

La persona ansiosa realiza evaluaciones primarias, secundarias y terciarias y las transforma en una ecuación que se parece a un coeficiente. Este coeficiente entre riesgo y recurso exige la percepción del riesgo y también la de los recursos disponibles para encarar con eficiencia el riesgo percibido. Si se considera que el riesgo desborda los recursos, el resultado es la ansiedad. Si por el contrario, los recursos superan el riesgo, no surge la ansiedad (Op. cit).

- 5) El modelo cognitivo de ansiedad pone el énfasis principal en la importancia de los factores cognitivos que predisponen a los sujetos a los trastornos de ansiedad. Las creencias poco realistas acerca de la amenaza o del peligro que tienen los sujetos con trastornos de ansiedad son presuntamente activadas por acontecimientos o situaciones que, en opinión del sujeto, contienen elementos semejantes a los de las situaciones en los que se aprendieron esos esquemas. Cuando se activan estos esquemas, impulsan

el pensamiento, la conducta y la emoción de los pacientes; todo ello lleva a un refuerzo recíproco y del propio esquema (Op. Cit).

Cuando se estimula la ansiedad, el sujeto se desplaza hacia una respuesta de carácter egocéntrico, general e involuntario. El objetivo es la supervivencia, aunque el acontecimiento desencadenante carezca, en realidad, de estímulos amenazadores objetivos (Op. cit).

Se encuentran también factores precipitantes o exógenos que pudieran estar influyendo en el desarrollo de dicho padecimiento como son:

El comienzo de un problema somático, esté o no asociado a la ansiedad, puede precipitarla. Así la aparición de la ansiedad tras un problema somático no es una reacción rara durante la fase en la que el sujeto trata de adaptarse a la enfermedad. Los problemas somáticos causan a veces síntomas como fatiga o depresión que pueden mermar o limitar la capacidad del individuo para tolerar o superar incluso dificultades normales y cotidianas (Vallejo y Cols, 2000).

Además, los problemas somáticos pueden inducir un conjunto de síntomas que la persona considere indicios de un trastorno grave cuando, en realidad, se trata de un proceso relativamente benigno. Algunos pacientes ansiosos manifiestan hipervigilancia ante reacciones orgánicas normales que interpretan como amenazadoras (Op.cit).

Las dificultades respiratorias pueden alterar el equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono, lo que se manifiesta a veces por síntomas parecidos a la ansiedad. Una fuente farmacológica de síntomas parecidos a la ansiedad es el uso de medicamentos de carácter estimulante que se prescriben con receta. Algunos anticongestivos y broncodilatadores poseen la propiedad de aumentar la frecuencia cardíaca y producen aturdimiento. Estos síntomas también se pueden tomar como una amenaza y provocan ansiedad, estableciendo un círculo vicioso (Op.cit).

En resumen, muchas sustancias se pueden clasificar como elementos biogénicos estresantes, pues evitan el sistema de percepción cognitiva y actúan directamente sobre el sistema nervioso. No obstante las percepciones cognitivas pueden agudizar estos síntomas precipitados por los elementos biogénicos estresantes (Op. Cit).

Cualquier factor estresante o acontecimiento vital grave, como la pérdida de un ser querido o del trabajo, es otro posible precipitante de ansiedad. La importancia de los acontecimientos vitales en la precipitación de las reacciones de ansiedad es bien conocida (Op. cit).

Cuando el sujeto sufre de un periodo de estrés de larga duración el resultado es una situación en la que se agotan y desbordan los recursos de afrontamiento de la persona. (Op. cit)

Las circunstancias, las situaciones o las áreas carenciales dan como resultado una disminución de la capacidad individual para afrontar con éxito las dificultades de la vida. Ante la presencia de un único factor o ante el efecto acumulativo de varios factores juntos, la persona puede perder oportunidades o no saber que opciones tomar en cuanto a sus acciones, sentimiento o pensamientos; el resultado es una sensación de amenaza (Op. cit).

Para el enfoque psicodinámico los síntomas de la ansiedad contienen información simbólica sobre un conjunto concreto de conflictos inconscientes que el paciente no puede tolerar. La ansiedad podría constituir la vía final común de muchos conflictos inconscientes. Estos conflictos (p ej., fantasías en torno a la separación y la independencia) son importantes en presencia de los trastornos de ansiedad. La ansiedad ocupa un lugar esencial en la vida mental (Estein y Cols, 2006).

La ansiedad suele representar el fracaso de otras formas psicológicas menos dolorosas. En circunstancias normales, las personas no sufren trastornos de ansiedad, toman conciencia del peligro psicológico relativo antes de que sobrevenga la ansiedad fulminante; esta forma de conciencia actúa como advertencia o señal y permite rechazar la ansiedad mediante la activación de las defensas psicológicas. Cuando falla estas defensas, la ansiedad se torna desbordante y se convierte en síntoma (Freud 1926/1959 citado en Estein y Cols, 2006). Algunos síntomas engendrados por las emociones se relacionan con lo que se ha descrito como “ansiedad Flotante”. Esto significa que la presencia de síntomas psíquicos (p ej. síntomas de conversión, fobias,) podrían operar reduciendo el grado de malestar del paciente.

La necesidad de evitar conflictos inconscientes o ideas perturbadoras hace sufrir más a los pacientes sólo con su imaginación que en la realidad. Los síntomas de ansiedad constituyen, por sí mismo el fracaso de las defensas de carácter adaptativo frente a las fantasías inconscientes inadmisibles y también de irrupción amenazadora de las fantasías inconscientes en la conciencia (Shapiro, citado en Estein y Cols, 2006). A menudo las fantasías inconscientes y persistentes subyacen a los síntomas psicológicos, pesadillas, personalidad y decisiones vitales importantes del individuo.

2.3 FOBIA SOCIAL

Fue en 1909 cuando Jenet (citado en Bobes García y Cols; 2002) al fundamentar la teoría de las regresiones funcionales introdujo el término fobia de las situaciones sociales. Estas descripciones se referían a pacientes que temían hablar en público, escribir mientras los observaban o tocar el piano.

Marks y Gelder en 1966 (citado en Bobes García y Cols; 2002) formularon la fobia social como categoría diagnóstica transcurriendo por lo menos más de medio siglo, a este tipo de trastorno se le ha denominado trastorno por ansiedad olvidado. Esta clasificación indica que a pesar de ser el subtipo de trastorno por ansiedad más prevalente; ha sido el menos comprendido e investigado durante el presente siglo.

Esta falta de atención específica llega hasta el inicio de los años 60, ya que la mayor parte de los autores de prestigio consideraban que la fobia no podía ser separada de forma radical de los síntomas de la neurosis histérica (Op. Cit).

La entidad diagnóstica de la fobia social no fue incorporada como tal hasta la publicación del DSM III en 1980 para conocer esta categoría clínica, ha sido necesario apoyarse en los importantes argumentos epidemiológicos que muestren

que se trata de trastornos de ansiedad más prevalente en las poblaciones occidentales y norteamericanas. En este sistema clasificatorio americano, desde la versión del DSM III R, hasta la actualidad, figura la fobia social como uno de los subtipos de trastornos de ansiedad; sin embargo, en el CIE 10, la fobia social ha sido incorporada como uno de los subtipos de trastornos fóbicos, que a su vez figuran encuadros dentro de los trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatoformes (Op. cit).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la incorpora como categoría diagnóstica independiente, por primera vez, a su sistema de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en el CIE 10 (Op. cit).

Recientemente se ha propuesto para las próximas revisiones en marcha de ambos sistemas de clasificación (CIE 11 y DSM 5), algunas modificaciones, que entre otros aspectos, implican cambio de denominación de estos trastornos. Así en 1988 se decidió proponer la nueva denominación de estos trastornos como trastornos por ansiedad social (Op. cit).

La fobia social o el trastorno de ansiedad social, como ahora se propone llamarlo, se caracteriza por un miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona. Esta teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos (Bados y Cols; 2001).

La fobia interfiere marcadamente en la vida de la persona o produce un malestar clínicamente significativo. Si no fuera así, sólo podría hablarse de ansiedad social o timidez: malestar e inhibición más o menos generalizada en presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social (Op. cit).

La exposición a situaciones temidas provoca ansiedad o ataques de pánico. Sin embargo, se diagnostica fobia social cuando el único temor social se refiere a la posibilidad de ser observado en pleno ataque de pánico, a no ser que este temor este circunscrito a situaciones únicamente sociales. Las personas reconocen que su miedo es excesivo o irracional, aunque este reconocimiento puede no darse en los niños. Es común la ansiedad anticipatoria incluso días y semanas antes de afrontar la situación social o actuación en público (Op. cit).

Para establecer el diagnóstico de fobias social es necesario seguir los criterios diagnósticos del CIE 10 y el DSM IV R además de los siguientes criterios (Durad, 2007):

- a) Los síntomas psicológicos, conductuales o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. Puede temerse una sola situación social o casi todas ellas fuera del círculo familia
- c) La situación fóbica es evitada cuando ello es posible.

Entre las situaciones temidas por los fóbicos sociales se encuentran en primer lugar, hablar en público; luego participar en encuentros o charlas informales, iniciar o mantener conversaciones con gente nueva, situaciones que implican asertividad y hablar con figuras de autoridad. Y entre las menos temidas por los fóbicos sociales están las de comer, beber y escribir en publico (Op. cit).

A continuación (tabla 2) se presenta la clasificación de situaciones temidas por las personas que presentan fobia social y un ejemplo de las situaciones.

TABLA 2

TIPO DE SITUACIÓN	EJEMPLOS DE SITUACIONES.
Intervención publica	Dar una charla Actuar en público Presentar un informe ante un grupo Participar en pequeños grupos familiares
Interacción informal	Iniciar y mantener conversaciones(especialmente con desconocidos) Hablar de temas personales Hacer cumplidos Relacionarse con el sexo opuesto o preferido Concertar citas o acudir a las mismas Establecer relaciones intimas Asistir a fiestas

	Conocer a gente nueva Llamar a alguien por teléfono Recibir criticas
Interacción asertiva	Solicitar a otros que cambien su comportamiento Hacer una reclamación Devolver un producto Hacer o rechazar peticiones Expresar desacuerdo, critica o disgusto Mantener las propias opiniones Interactuar con figuras de autoridad
Ser observado	Comer, beber, escribir, firmar o trabajar delante de otros Asistir a clases de gimnasia o danza Usar los lavabos públicos Entrar a un lugar donde hay gente sentada (p ej. aulas, transporte publico)

Tabla 2. Descripción de situaciones mas temidas por Fóbicos Sociales (Bados A. 2001)

Las reacciones mas comunes en los sujetos que presentan fobia social a nivel, somático y autonómico son la taquicardia, palpitaciones, temblor (voz, manos), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal (por ejemplo, sensación de vacio en el estómago, diarrea), boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, nauseas y urgencias urinaria. Otras respuestas mucho menos frecuentes son la falta de respiración, dificultades para respirar y dolor de pecho. La boca seca, las contracciones nerviosas y especialmente, el rubor, son reacciones mucho mas frecuentes en la fobia social que en otras fobias. Los fóbicos sociales asignan a los síntomas somáticos una mayor frecuencia e intensidad (Op. cit).

En comparación a los fóbicos sociales que no presentan ataques de pánico en las situaciones sociales, aquellos que si los presentan se caracterizan por un mayor miedo y evitación de las situaciones sociales, más ansiedad somática, un mayor malestar e interferencia producidos por su fobia y niveles más altos de susceptibilidad (Op. cit).

El sistema cognitivo de los fóbicos sociales también se ve afectado, presentando dificultades para pensar, tales como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. Por otra parte, existe en los síntomas somáticos y autonómicos de ansiedad (especialmente los visibles), en las cogniciones y emociones negativas y en los

propios errores. Además, pueden distinguirse varios temores básicos, que pueden estar ligados a normas excesivamente elevadas del comportamiento y son (Bados, 2001):

- 1) Temor a no saber comportarse de un modo adecuado o competente
- 2) Temor a ser visto como ansioso, débil, incompetente, inferior, poco interesante, poco atractivo o estúpido.
- 3) Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataques de pánico) que puedan ser vistos por los demás o interferir con la actuación.
- 4) Temor a la crítica, a la evaluación negativa y al rechazo e hipersensibilidad ante los mismos cuando ocurren
- 5) Temor a ser observado
- 6) Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal.
- 7) Temor a tener un ataque de pánico

El temor a no poder alcanzar las elevadas metas autoimpuestas, puede ser tan importantes como el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás (Op. cit).

La fobia social se manifiesta como un temor irracional y perdurable al medio ambiente que le rodea tratando de evitar lo más posible las situaciones sociales o de desempeño. Generalmente las personas con este tipo de trastorno sienten temor al hacer una aparición en público; continuamente no tienen dificultad para la interacción social, pero cuando tienen que hacer algo delante de la gente, el temor se apodera de ellos y se enfocan en el mal rato, y la vergüenza que pudieran pasar (Bobes García y Cols, 2000).

Los temores básicos son más fácilmente reconocidos por adolescentes y adultos. Estos temores, se ponen de manifiesto en una serie de pensamientos como: “voy a ser el ridículo”, “quedaré rojo y no sabré que hacer y decir” etc. (op, cit).

Los pensamientos negativos reflejan también una serie de errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales: (op, cit)

- 1) Valoración no realista de lo que se espera de uno, lo que favorece las metas perfeccionistas.
- 2) Sobreestimación del grado en el que los otros observan la conducta de uno y se dan cuenta de los síntomas externos de ansiedad.
- 3) Subestimación de las propias capacidades y sobreestimación de la posibilidad de cometer errores importantes y fracasar.
- 4) Sobreestimación de la posibilidad e intensidad del rechazo.

- 5) Expectativas no realistas sobre las respuestas de los otros a las manifestaciones de ansiedad.
- 6) Creencia de que esta actuando mal porque se siente mal, en general, que los demás lo perciben como uno se percibe y se siente.
- 7) Atención selectiva a los mensajes o reacciones negativos de los demás hacia uno y falta de atención a las reacciones positivas.
- 8) Interpretaciones sesgadas y negativas de los comportamientos de los demás, especialmente bajo condiciones de ambigüedad; así percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de intensidad u ocurrencia.
- 9) Atribución del fracaso a defectos personales y fallos propios sin considerar otros factores (p ej., de la situación de los otros). Atribución de los éxitos a factores externos.
- 10) Evaluación excesivamente negativa de la propia actuación social (pero no de los otros), exageración de errores y de la ansiedad y minimización de los logros propios.
- 11) Sobrevaloración de la importancia de la crítica o de la evaluación negativa por parte de los demás (p ej., creer que implica rechazo o que es debida a características negativas de uno mismo).
- 12) Exageración de la importancia de los errores cometidos. Un error puede llegar a representar un daño a la persona como un todo.
- 13) Mayor recuerdo de la información negativa relacionada consigo mismo y menor recuerdo de la información externa provenientes de experiencias sociales previas.

Los errores cognitivos, los pensamientos negativos y la forma de comportarse de los fóbicos sociales ponen de manifiesto una serie de creencias básicas o supuestos cognitivos relativamente generales y estables acerca del mundo y de si mismo que determinan la forma de ver las cosas. Algunos de estos supuestos son (Op. cit):

- 1) Uno debe siempre complacer a los otros
- 2) Si no hago las cosas perfectamente, nadie querrá contar contigo
- 3) Si no le gusto a nadie, es que algo malo pasa conmigo
- 4) Si me quedo en blanco al hablar, la gente pensará que soy un incompetente
- 5) No debe defraudarse a la otra gente.
- 6) Debo caerle bien a todo el mundo
- 7) Debo comportarme siempre adecuadamente
- 8) No se puede decir no (o mostrar desacuerdo) y seguir siendo aceptado.
- 9) Soy aburrido

- 10) Todo el mundo tiene más seguridad en si mismo que yo.
- 11) La gente siempre se aprovecha de las debilidades de uno.
- 12) La gente es básicamente crítica y competitiva.
- 13) No hay que lastimar los sentimientos de la gente y por tanto no hay que criticar a los otros o quejarse.
- 14) No es nada si no es querido.
- 15) Las opiniones de uno no son tan valiosas como las de otros.
- 16) Diferir de los otros implica ser ofensivo.
- 17) Si se tienen defectos, no se es aceptado.
- 18) Si me quedo solo, seré desgraciado.

El sistema conductual de los fóbicos sociales se encuentra afectado y generalmente se manifiesta a través de la evitación de las situaciones temidas frecuentemente. Sin embargo, muchas veces no se evita estar en las situaciones sociales, sino participar en las mismas, ser el centro de atención o de crítica o manifestar síntomas temidos. En otras palabras, se ponen en marcha conductas defensivas dirigidas a prevenir las supuestas consecuencias temidas. (Bados, 2001)

Si no puede evitar una situación o escapar de ella, aparecen reacciones como silencios largos, tartamudeo, incoherencias, volumen bajo (incluso susurro), voz monótona, muecas faciales, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida, encogimiento corporal, expresión facial pobre, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante (Op .cit).

Al igual que parecemos estar preparados evolutivamente para temer a ciertos animales, y no a otros, también parece existir una preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica, rechazo, preparación que facilitaría el orden social dentro del grupo al establecer jerarquías de dominancia . Se ha comprobado que es mucho más fácil condicionar el miedo (o la menos hacerlo mas resistente a la extinción), este efecto de condicionamiento solo se obtiene cuando las caras miran directamente a la persona, lo que indica la importancia del contacto ocular. Además una vez condicionadas las respuestas de miedo, estas son producidas incluso por presentaciones de las expresiones faciales a nivel subliminal; esto indica que no es necesaria una detección consciente de dichas expresiones, sino que las respuestas de miedo se activan a un nivel simplemente preatencional (Bados, 2001).

A continuación se enumeraran algunos de los factores que pueden estar implicados en el surgimiento de la fobia social como son (op. cit):

FACTORES BIOLÓGICOS

- a) Preparación biológica para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo si se dan experiencias aversivas
- b) Existencia de situaciones sociales evolutivamente prepotentes que generen miedo sin necesidad de aprendizaje asociativo.
- c) Mayor predisposición innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma.
- d) Bajo umbral de activación psicológica y lentitud en la reducción de la activación que quizá se transmitan genéticamente. Factor temperamental: inhibición conductual ante lo no familiar.
- e) Trasmisión genética de la fobia social en particular o trasmisión genética de una vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad en general (Op. cit).

FACTORES EXPERENCIALES.

- a) Progenitores sobreprotectores, muy exigentes, poco o nada afectuosos que no apoyan a sus hijos inhibidos y que utilizan la vergüenza y el “que piensen” como técnicas educativas.
- b) Falta de experiencia social y de habilidades sociales, producidas por factores como educación inhibidora de las relaciones sociales, aislamiento del propio niño, y aislamiento de la familia.
- c) Observación de experiencias sociales negativas o de ansiedad social en los padres o personas significativas
- d) Cambio de circunstancias (laborales, familiares, escolares, de residencia,) que implican realizar actividades temidas (hablar en público, supervisar a otros, relacionarse con nueva gente) que antes no eran necesarias.
- e) Experiencias negativas en situaciones sociales (burlas, desprecio, ridículo, rechazo, marginación, imitación, castigo e incluso ataques de pánico), las cuales interactuarían con variables temperamentales y de personalidad.
- f) Proceso de atribución errónea o condicionamiento supersticioso (asociación accidental)
- g) Desarrollo excesivo de la conciencia pública de uno mismo. (Op. cit)

Existen variaciones individuales implicadas en el mantenimiento de la fobia social, así; el déficit de habilidades sociales y las metas perfeccionistas pueden estar ausentes, o ser más o menos importantes según los casos. Se piensa que la anticipación más o menos próxima de las situaciones sociales temidas (las cuales

implican interacción, ser observado o simplemente la posibilidad de que una de estas dos ocurran) activa una serie de supuestos previamente establecidos a través de la interacción de predisposiciones innatas y experiencias previas (Botella y Cols, 2003).

En concreto, los fóbicos sociales:

a) creen que los otros son inherentemente críticos, es decir, que les evalúan negativamente, (por sus manifestaciones de ansiedad, errores, y diferencias), lo cual se traducirá en consecuencias negativas como el rechazo.

b) conceden una enorme importancia a causar una impresión favorable y a ser valorados positivamente por los demás.

c) tienen una gran desconfianza en su habilidad para conseguir los que creen que esperan los otros en la situación y si es el caso, las propias metas excesivamente elevadas (Op. cit).

Cuando se pretende establecer un diagnóstico diferencial de fobia social debe ser distinguida de otros trastornos, aunque conviene tener en cuenta que puede coexistir con ellos y una persona presentar varios diagnósticos, ya sea en un momento dado (comorbilidad recurrente) o en distintos momentos de su vida (comorbilidad longitudinal o vital) (Bobes García y Cols; 2000). A continuación se presentan algunos trastornos y problemas a considerar en el diagnóstico diferencial de la Fobia Social.

- 1) Trastorno de pánico con agorafobia.
- 2) Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
- 3) Trastorno de ansiedad generalizada
- 4) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 5) Fobias específicas
- 6) Trastorno de ansiedad por separación
- 7) Trastorno de personalidad esquizoide
- 8) Trastorno generalizado del desarrollo
- 9) Trastorno de personalidad por evitación
- 10) Depresión mayor
- 11) Trastorno dismórfico corporal
- 12) Trastorno distímico
- 13) Esquizofrenia
- 14) Enfermedades o trastornos mentales caracterizados por síntomas potencialmente embarazosos u otras condiciones que impliquen desfiguración o estigma social.

15) Ansiedad de ejecución, miedo escénico, miedo a hablar en público, timidez en situaciones sociales con personas desconocidas.

Para establecer el diagnóstico de fobia Social es necesario seguir los criterios diagnósticos del DSM IV R

2.3.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV TR (2002) PARA EL DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL.

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad), que sea humillante o embarazoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es), o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., trastornos de angustia con o sin agorafobia, trastornos de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con los procesos (p. ej, el medio no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad del Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa).

Especificar si la Fobia Social es:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (p ej; iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con las figuras de autoridad, asistir a fiestas). NOTA: considerar también el diagnostico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

2.3.2 EPIDEMIOLOGIA.

Los individuos que son extremada y dolorosamente tímidos en casi todas las situaciones sociales satisfacen los criterios del DSM IV R para el subtipo de fobia social generalizada, llamado en ocasiones trastorno de ansiedad social. Es particularmente común en los niños. (Schneier y cols. Citados por Durad; 2007). Hay tres caminos posibles para la fobia social, en primer lugar se podría heredar una vulnerabilidad biológica a desarrollar ansiedad y/o tendencia biológica a estar muy inhibido socialmente. La existencia de una vulnerabilidad psicológica generalizada se refleja en el sentido en que los sucesos, en particular los estresantes, son potencialmente incontrolables, aumentan la vulnerabilidad del individuo. Cuando se esta bajo estrés, la ansiedad y la atención enfocada en uno mismo podría incrementarse hasta el punto en que se interrumpe el desempeño, aun en la ausencia de una alarma (ataque de pánico) (Bados, 2001).

Edad de inicio: La adolescencia temprana –entre los 12 y los 15 años – es el momento en que los chicos se vean mas hostigados por los padres que tratan de ejercer su propia dominación. Esta experiencia puede producir ansiedad y pánico que se reproducen en situaciones sociales futuras. Y es muy raro observarla a partir de los 25 años (Durad, 2007).

Prevalencia de sexos: a la hora de buscar diferencias en la prevalencia del trastorno por ansiedad social dependiente del sexo es donde se encuentra una mayor discrepancia entre los diferentes estudios. En la mayoría de los trastornos simples como pueden ser las fobias con agorafobia aparece un marcado predominio del sexo femenino, sin embargo cuando nos referimos al trastorno por ansiedad social esta diferencia ya no es significativa (Op. cit).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL Y POBLACIÓN CONTROL.

	Ansiedad social	Grupo control No ansiedad social	estadístico
Edad media (años)	37.9	42.5	T = 3.34
Años de educación	10.9	11.6	T =2.51
Nivel de ingresos.	7-0	8.2	T =2.58
Casados (%)	47.4	59.4	
	7.8	9.4	

Viudos (%)	4.6	3.7	Chi cuadrado = 12.8 0000000000 < .01 T = 1.4
Separados (%)	11.2	6-0	
Divorciados	28.3	21.3	
Solteros (%)	62.7	53.9	
Mujeres(%)	59.9	56.0	
Hábitat urbano (%)	64.5	63.6	
Trabajadores activos.			

Tabla 3 las consecuencias negativas más frecuentes de la fobia social son peor rendimientos laboral, o académico si el trabajo o los estudios exigen la implicación en situaciones sociales o actuaciones en público, menos contactos sociales, menos amigos, menores probabilidades de establecer relaciones íntimas y de casarse (40 y 50% de solteros), menor nivel socioeconómico y abuso o dependencia de sustancias. También pueden aparecer conflictos con la pareja con respecto a la participación en actividades sociales y limitación de los contactos sociales de los hijos y preocupación por ello. (Durad 2007)

2.3.3 ETIOLOGIA.

No son raros los estallidos repentinos de cólera, especialmente con las personas más íntimas; estos estallidos son fruto de la tensión y resentimiento acumulados y hacen que la persona se sienta después culpable y avergonzada. El fóbico social tiende a ser ignorado por los demás, aunque en ocasiones, en algunas personas se aprovechan de ellos y otros refuerzan sus conductas de evitación o sumisión. Finalmente, los fóbicos sociales presentan como grupo, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, humor deprimido, intentos de suicidio y suicidio. De todos modos, otros fóbicos sociales no tienen una mala opinión de sí mismos, sino, que creen que los otros les juzgan negativamente. Las consecuencias negativas, las cuales son intensas y frecuentes en la fobia social generalizada en comparación a la circunscrita y también si hay comorbilidad con otros trastornos, pueden conducir a la búsqueda de ayuda para reducir o eliminar el problema (Bados y Cols, 2001). Los síntomas físicos más frecuentes son:

- 1) Palpitaciones (79 %)
- 2) Temblor (75 %)
- 3) Sudoración (74%)
- 4) Tensión muscular (64%)
- 5) Sensación de vacío en el estómago (63 %)
- 6) Sequedad de boca (61%)
- 7) Sensación de frío o calor (57 %)
- 8) Sensación de opresión en la cabeza o cefalea (46 %)
- 9) Tensión muscular (80%)
- 10) Rubor (64%)

- 11) Boca seca (60%)
- 12) Escalofríos (50%)
- 13) Confusión (46%)
- 14) Diarrea (20%)

Encuestas realizada en EE.UU en Carolina del Norte, con una población de 3802 personas y el porcentaje es calculado en cada 100 sujetos que se encontraron con fobia social (www.paginas de salud.com).

2. 4 DEPRESIÓN.

Etimológicamente, depresión vienen del latín ***depressio: hundimiento***, el individuo generalmente se siente hundido, manifiesta tener un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide, cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien acuñó el término melancolía (melanos: negra – cholis: bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad (Rosenbult y col, 2007).

A partir de ésta, las teorías sobre el origen de la depresión han ido variando de acuerdo con la época. La historia de la depresión equivale, prácticamente, a documentar la evolución del pensamiento psiquiátrico (Op. cit).

Areteo de Capadocia. En el siglo II de la era cristiana, desecha la etiología hipocrática y atribuye, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales. En la edad media y el renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o el exceso de humores, entre otros (Op. cit).

Kraepelin hacia finales de 1800, establece un sistema nosográfico con el que va a integrar, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva. A estas afecciones les atribuye una causa orgánica, aun no demostrable, un curso característico y un desenlace previsible. Posteriormente aparece el cuño de endógena, que se gesta en sí misma, que no

reconoce desencadenantes ni participantes en su génesis o mantenimiento (Op. cit).

En forma relativamente simultánea Abraham y Freud, a principios del siglo XX, comienza a esbozar sus hipótesis psicoanalítica, postulando que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro. Estos postulados fueron enriquecidos y ampliados por estos y otros autores. (Muriana, 2007).

En 1960 es cuando se anuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, según el cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Esta hipótesis basada en hechos clínicos y experimentales, tuvo un gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de los psicofármacos antidepresivos ya que a éstos, a través de diferentes mecanismos de acción, promovían un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la biofase (Op. cit).

Las consecuencias fueron buenas, ya que alrededor del 70% de las depresiones mejoraron con esta estrategia, pero también se sobresimplificó la etiopatología de tan complejo tema por el hecho de creer que con una mayor concentración de neurotransmisores se arreglaba el asunto. Investigaciones posteriores mostraron la insuficiencia de esta hipótesis, ya que el 30% de pacientes no respondía satisfactoriamente con el tratamiento farmacológico, dando esto origen a la búsqueda de nuevas hipótesis y recursos terapéuticos más eficaces y con menos efectos secundarios (Op. cit).

Modelos más actuales que estudian la depresión, como la de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky integran factores ambientales, genéticos, y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales, y las repercusiones a nivel del sistema nervioso central que promueven un sistema CRF (Factor Liberador de Corticotropina) y Noradrenergicos hiperactivo que responde en forma exagerada al estrés y torna vulnerables a los sujetos, a los trastornos de ansiedad y depresión. Una limitación de dicho modelo es que no todo paciente con depresión tiene antecedentes familiares ni padeció maltrato infantil (rojtemberg 2007)

Álvaro Lista, (fig. 2) nos muestra un modelo en el que representa las alteraciones producidas por diferentes eventos genéticos, psicológicos y ambientales, en genes que regulan cascadas informativas, conectividad sináptica, neurodegeneración entre otras, en diferentes sitios del Sistema Nervioso Central (op.cit).

Figura 2

Modelo de Álvaro Lista Varela



Figura 2. Álvaro Lista muestra un modelo en el que representa las alteraciones producidas por diferentes eventos genéticos, psicológicos y ambientales (Rojtenberg 2007).

La depresión se subdiagnóstica y subreconoce. Los factores que intervienen en el subreconocimiento, son la banalización propia y ajena, atribuyéndola al estrés o al cansancio; la racionalización, vinculándola a algún episodio negativo reciente; o a la negación, mecanismo psíquico que por excelencia evita el contacto con contenidos angustiantes (Rosenblut y Cols, 2007).

Los factores que intervienen en el subdiagnóstico, por parte del profesional: el enmascaramiento psíquico, el enmascaramiento somático, la comorbilidad con otros cuadros, tanto psiquiátricos, como neurológicos o clínicos, la confusión con el duelo, etc. (Op. cit).

También intervienen la falta de tiempo y/o del espacio mental para contactar con el padecer del paciente. Sus formas clínicas pueden ir desde aquellas más graves y riesgosas como la depresión psicótica o melancólica. Sin embargo, un mismo paciente puede padecer diferentes subtipos de depresión a lo largo de la vida, y puede empeorar clínicamente en los subsiguientes episodios (Op. cit).

La depresión es un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales (Rojtenberg y Cols, 2007).

El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica (Op. Cit).

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo que puede ser de diversas expresiones de diferentes trastornos depresivos. Al vivir de esta manera, el tiempo se torna interminable; es una oscura y angustiosa pesadilla de la que se quiere escapar. Esta fase comienza a significar la dimensión temporal del padecer psíquico, los trastornos del sueño y las fantasías suicidas (Winogrand, 2005).

Los síntomas que marcan el comienzo de la depresión son las perturbaciones en el dormir, el insomnio de conciliación, el despertar temprano, o el sueño no reparador puede aparecer precedido al decaimiento y el ánimo depresivo que, con el correr del tiempo, se va haciendo más ostensibles (Op. cit).

El sujeto percibe una progresiva tendencia a la reclusión y al encierro, sin ganas de salir y refiere dificultades cada vez mayores y progresivas para experimentar

placer. Está abatido, no sabe por que se siente de esta manera, no encuentra razón o desencadenante que justifique su estado o este no guarda relación con la intensidad del cuadro. En casos severos se observa también vivencias de despersonalización y desrealización (Op. cit).

Las alteraciones en el apetito, generalmente hiporexia o anorexia y diferentes dificultades en las relaciones sexuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el hombre, hiporgasmia o anorgasmia) se van haciendo manifiestas. Irritabilidad, el fastidio y las vivencias paranoides también pueden manifestarse en el caso de que las personas tengan estos rasgos de personalidad previos (Op. cit).

Las expresiones somáticas de la depresión pueden comenzar con síntomas vagos, inexplicables, erráticos y no mejorables con la técnica terapéutica sintomática, estas expresiones somáticas pueden acompañarse de las expresiones ideo-afectivo-conductuales de la depresión o bien transformarse en su única manifestación “depresión somatoforme”. La evaluación en el tiempo y el incremento de la manifestación sintomática anuncian la instalación del período de estado, el cual se asienta sobre un trípode sintomático: la angustia, el ánimo depresivo, y la inhibición. La prevalencia de algunos de estos rasgos y sus diferentes expresiones pueden contribuir a tipificar el subtipo depresivo (Op. cit).

Para establecer el diagnóstico de depresión es necesario seguir los criterios diagnósticos del DSM IV R

2.4.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV TR (2002) PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN.

EPISODIO *DEPRESIVO MAYOR*.

A presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa ; uno de los síntomas debe ser (1) estado de animo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no debe incluir los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej. llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades , la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej. un cambio de mas del 5% del peso corporal un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio e hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás , no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse , o indecisión , casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse.

B Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo).

E Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la perdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.4.2 EPIDEMIOLOGIA.

La depresión se acompaña de una tasa de mortalidad que duplica las muertes atribuidas al SIDA y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para el 2020 se estima que podría estar en segundo lugar, sino es que antes (Rosenbluth y Cols, 2007).

Es el motivo de consulta más habitual de los psiquiatras y de los no psiquiatras también, ya que en un altísimo porcentaje de los pacientes que consultan al clínico (más del 80%) refieren alguna forma de perturbación depresiva. Cuando una persona está deprimida aunque así no lo refiera o no se percate, por lo habitual consulta a su médico clínico o de cabecera y no acude con el profesional de la salud mental, al igual que cuando la depresión se presenta en un ropaje somático, de manera enmascarada o somatoforme (Op. cit).

Un porcentaje muy elevado de los deprimidos, alrededor del 70% no sabe que padece depresión y no consulta en el momento adecuado, racionalizando el episodio como cansancio, trabajo, edad, etc., y por ello es una entidad de diagnóstico tardío (Op. cit).

Estadísticamente, la tasa de prevalencia de la depresión, es decir, el número de individuos que tienen esta enfermedad, varía del 3 al 6% de la población general, según las regiones. La posibilidad de enfermarse durante la vida, es de 20% esto implica que cada cinco personas que nacen, una padecerá depresión al menos una vez en su vida y de esas el 70% de los casos tendrá más de un episodio. El riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayores en parientes de primer grado que en aquellos que no tienen antecedentes familiares y en aquellos con una historia familiar de problemas afectivos o alcoholismo, enfermedades crónicas, trastornos de la personalidad e historia de eventos traumáticos tempranos o abuso infantil (www.paginas de salud.com).

La depresión es una causa relevante de mortalidad ya que los pacientes con depresión presentan un riesgo de atentar contra la vida 30 veces mayor que el de la población general, y un 15% de los pacientes internados por depresión se suicidan (Op. cit).

La depresión se encuentra involucrada en la aparición o empeoramiento de la evolución de la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, patologías cardiovasculares, diabetes, entre otras patologías, siendo cada vez mejor definidas las causas de tal vulnerabilidad, más allá de lo que se puede especular (Durad y Cols, 2007).

Más del 45% de los pacientes con un infarto al miocardio padecen depresión, y entre el 12 y el 22% de los pacientes con depresión padecen enfermedades coronarias. El 18% de los pacientes con patologías coronarias demostrada con angiografía, padecen depresión. Los pacientes con accidentes cerebrovasculares que padecen depresión, es la mitad de aquellos que no la padecen. Los pacientes con diabetes, necesitan de una mayor dosis de insulina durante el periodo depresivo que se normaliza cuando el tratamiento es exitoso (Op. cit).

Respecto al género, la depresión se ha ensañado en especial con las mujeres, ya que suelen padecerla de 2 a 3 veces más que los hombres y se encuentran más expuestas durante la época particularmente vulnerable como la adolescencia, el puerperio (hasta 6 meses después del parto) y la perimenopausia (Op. cit).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003), señala que la depresión oscila entre el 6 y el 15% para la población general; y que ocupa el quinto lugar como carga de enfermedad de los trastornos neuropsiquiátricos que se pueden considerar como indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Por otra parte existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres alrededor del 10% en comparación con los hombres alrededor del 6%.

La Organización Mundial de la Salud refiere que la prevalencia mundial de la depresión en los hombres es de 1.9% y el 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en países desarrollados y en vías de desarrollo (Rosenbluth y Cols, 2007).

Aproximadamente un 15% de los pacientes internados por depresión han cometido un intento de suicidio y el 15% de los que padecen formas severas de depresión se encuentran en riesgo durante el primer mes. Se calcula que el 70% de los que se suicidan padecen depresión, y un porcentaje similar visitó al médico unas siete semanas antes del acto. Son situaciones de alto riesgo suicida cuando el paciente padece y hace referencia a una profunda desesperanza, se incrementa su desesperación o, por el contrario, no habla más del tema y parece más tranquilo. Sin embargo, este es el momento de mayor preocupación para el profesional, ya que el paciente, ya ha tomado la decisión y entra en la fase de "tranquila espera" hasta el momento del acto, lo que suele sorprender a todos (op.cit).

Generalmente el paciente deprimido no habla acerca del suicidio y esto no es indicativo de que ha pasado el peligro, por el contrario, el suicida es una paciente de riesgo y hay que tomar todos los recaudos para preservarlo de sí mismo. La desesperanza que experimenta el paciente con depresión no es una desesperanza cualquiera, es una desesperanza del self, ya que no hay nada que pueda promover su bienestar, placer o satisfacción y es diferente de la sensación de desamparo que se refiere al miedo, el que puede ser modificado por las reacciones propias o ajenas. Pero la repetición de situaciones de desamparo lleva a la sensación de que no hay salida y de desesperanza (Op. cit).

Son factores de riesgo suicida: la edad: (mayores de 60 años), la vida solitaria (la proporción de suicidas en mayor parte entre solteros y separados), la pérdida reciente de la pareja (sea por ruptura del vínculo, o por muerte) y, en caso de enfermedad recurrente, el comienzo en la edad temprana del cuadro. Hay otros factores: la mala salud, la falta de canales sociales adecuados, suicidios recientes de seres queridos, al sensación de fracaso y la personalidad impulsiva o esquizotípica (Op. cit).

2.4.3 ETIOLOGIA.

La edad de aparición del primer episodio depresivo es cada vez más temprano y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad. La génesis puede ser desencadenada por diferentes eventos, que pueden ser biológicos, algunas patologías como la enfermedad de Parkinson o el accidente cerebrovascular. Muchos episodios se encuentran vinculados a eventos estresantes, lo que demuestra cierta vulnerabilidad del sujeto frente a estos, vulnerabilidad producida por los elementos genético-evolutivos (Rosenbluth y Cols, 2007).

El evento estresante puede tener menor influencia en los episodios subsiguientes, los cuales pueden adquirir cierta independencia y producirse por cambios generados en el sistema Nervioso Central, siendo habitual esto a partir del tercer episodio y marcando la necesidad de un tratamiento de mantenimiento (Op. cit)).

Evolutivamente, en un principio se considero que la depresión era episódica y recurrente, pero indicios cada vez mayores muestran que lo anterior se le suma una clara tendencia de ésta a la cronicidad. Cada episodio incrementa estos riesgos y no existen elementos claros que predigan que el próximo episodio responderá de la misma manera que el actual a la terapéutica y un 10% de los pacientes queda con una sintomatología residual después de cada episodio (Op. cit).

Las manifestaciones faciales del paciente deprimido son: El rostro denota una postura y presencia negligentes, indiferentes, evidenciando y refiriendo desgano y falta de iniciativa. El semblante es pálido la mirada esta orientada hacia abajo, hay ensimismamiento, los hombros son caídos, la espalda encorvada, nos dan la impresión de un sujeto envejecido y deteriorado (Muriana, 2007).

El discurso es lento, forzado y egocéntrico con prevalencia de tonos graves. Las frases son cortas, con intervalos prolongados entre ellas y, con una expresión quejosa, monótona y reiterativa, es común que provoque en el entrevistador sensaciones de somnolencia o fastidio. El paciente deprimido padece de una reducción del espacio sintónico, es decir, una dificultad para entrar en contacto

con otros y por eso es difícil el contacto psicoterapéutico con ellos en el periodo de estado (Op. cit).

Las manifestaciones de conducta pueden ir desde la inhibición psicomotora, hasta la excitación que deviene del componente ansioso. Los movimientos están retardados y por ello parecen torpes, el paciente deprimido se queja de no poder hacer nada, producto de la inhibición y también de no poder disfrutar de nada, lo cual lo lleva a la sensación de que no hay salida y de desamparo. Así pues, la inhibición del paciente deprimido muchas veces es mal interpretada por la familia o grupo social la cual es vista como vagancia o falta de voluntad, y hacer reproches y acusaciones lo cual lo lleva a un deterioro mayor de autoestima (Op. cit).

El ánimo depresivo se muestra con toda su crudeza e intensidad. No es un sentimiento de tristeza, como una expresión afectiva frente a una pérdida. En realidad, un paciente con depresión se entristece porque se deprimió, porque perdió su estima y padece un intenso dolor psíquico, es decir, se trata de una perturbación que deriva en casi forma natural, en la dificultad para pensar y actuar (Op. cit).

El polo de angustia suele ser matinal; es el momento del día en que peor se siente, algunas veces se van aliviando los síntomas hacia el anochecer. El pensamiento también está retardado con un contenido ideatorio prevalente, según el caso, de disminución de la autoestima, autorreproches, o ideas de ruina. En la forma melancólica, puede realizar una especie de acopio de sucesos, eventos y situaciones penosas de las cuales se siente y se hace delirantemente responsable (Op. cit).

Pero más allá de las alteraciones de los contenidos del pensamiento, el paciente deprimido no puede pensar, es decir, no puede desarrollar una actividad preparatoria para una acción específica modificadora y creativa sino, que, por el contrario, cavila de modo monotemático y repetitivo sin obtener algún tipo de provecho o acción específica alguna. Las expresiones somáticas de la depresión son habituales, principalmente cefaleas y algias epigástricas, con perturbaciones en el funcionamiento del aparato digestivo (Op. cit).

Por la astenia (fatiga precoz) y adinamia (falta de ganas de moverse) suelen permanecer acostados la mayor parte del día, refieren una extraña sensación de frío, que se atribuye a la debilidad, y por ello hay una marcada tendencia al consumo de dulces que se manifiesta más en los trastornos estacionales (Op. cit).

El paciente deprimido padece trastornos del dormir por lo habitual; lo acompaña de insomnio. En la depresión ansiosa, el insomnio suele ser de conciliación, les cuesta dormirse y por lo general recurren a diferentes medios, farmacológicos o

no. Este insomnio de conciliación puede quedar enmascarado por el síndrome del “lector”; son aquellas personas que racionalizan su insomnio de esta forma. Otra característica del insomnio ocurre cuando el individuo se despierta en mitad de la noche y no pueden o le cuesta conciliar el sueño nuevamente. El insomnio tardío o el despertar temprano son característicos de las depresiones melancólicas y es un momento de riesgo el ánimo suicida (Op. cit).

Algunos pacientes mejoran notablemente luego de varias noches de insomnio; otros tienen un cierto tinte irritable posterior, al que ellos mismos llaman fastidio. La hipersomnia es un síntoma que también se presenta en la depresión, pero esta es característica de las depresiones “atípicas” (Op. cit).

Se pueden llegar a presentar algunos episodios adictivos, principalmente con sedantes o estimulantes del SNC, pueden ser manifestaciones del cuadro depresivo. A través del consumo de los depresores del SNC, buscan por el efecto sedativo, disminuir la intensa ansiedad persecutoria que padecen. Con los estimulantes del SNC intentan instrumentar una defensa maníaca de negación del sufrimiento, confundiendo la euforia con no depresión (Winograd, 2005). Como todas las patologías psiquiátricas, la depresión puede tener diferentes destinos como son:

- a) Remisión consistente en el alivio sintomático, recuperación del desempeño social alterado y buena calidad de vida.
- b) Recurrencia (75%-25%)
- c) Cronicidad (el riesgo es de 10% por episodio, aunque la determinación depende del caso en particular).
- d) Cronificación (el riesgo es de 10% por episodio, aunque la determinación depende del caso en particular).
- e) Suicidio (en casos severos hospitalizados llega al 15%)
- f) Bipolarización. la depresión puede ser una forma inicial de presentación del Trastorno Bipolar hasta la presentación franca del cuadro.
- g) Muerte (tasas de mortalidad aumentan con severidad. Mas del 50% muere por causas cardiacas) (Op. cit).

Las evidencias sugieren fuertemente que los riesgos de cronicidad son (op. cit)

- a) Factores genéticos, psicológicos y ambientales interactúan en la inducción/producción de la depresión y en la evolución recurrente/crónica de la enfermedad.
- b) Cambios bioquímicos y/o estructurales en el SNC promueven una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos y

estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y la cronicidad.

- c) Con estas evidencias podemos comprender a la depresión como un concepto evolutivo con tendencia a la cronicidad o un concepto episódico con tendencia a la recurrencia (Op. cit).

Los factores de evidencia son:

Evolución

Elevado numero de episodios previos

Edad temprana/tardía de comienzo

Recuperación incompleta o elevado nivel de síntomas residuales

Periodo prolongado sin tratamiento adecuado, riesgo o intentos de suicidio previos.

Severidad.

Comorbilidad.

Trastornos de ansiedad

Abuso de drogas

Personalidad borderline

Hipotiroidismo subclínico no detectado

Enfermedades degenerativas

Accidentes vasculares

Antecedentes psicopatológicos de base.

Familiares.

Antecedentes familiares de recurrencia y de trastorno bipolar

Mala relación conyugal

Presencia de un familiar discapacitado

Ausencia de soporte social por parte de los familiares

Farmacológicos y neuroendocrinos.

Persistencia de una alteración neuroendocrina o funcional luego de la recuperación

Tratamiento inadecuado

Antecedentes terapéuticos o de abandono de tratamiento (Op. cit).

Los parámetros de comorbilidad apuntan en primer lugar a la concurrencia de trastornos depresivos con trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos. Así, se puede referir comorbilidad con:

- a) Trastorno de ansiedad: en particular el trastorno de ansiedad generalizada (20%), la fobia social (15%), el trastorno de pánico (12%) la fobia simple y el trastorno obsesivo compulsivo. Esto implica una posibilidad de respuesta terapéutica menor, mayor tendencia a la cronicidad e inhabilitación y la necesidad de tratamiento agresivo.
- b) El abuso de drogas, en particular el alcohol, la marihuana, son fuentes predisponentes en los sujetos con trastornos de personalidad (fronterizos).
- c) Trastornos del sueño.

Los pacientes que padecen trastornos comórbidos depresivos/ansiosos son de los más afectados en su desempeño social (Op. cit).

CAPITULO III

METODOLOGIA.

EL OBJETIVO de este estudio es detectar si los Médicos de la muestra presentan algunos de los problemas emocionales que mide el Cuestionario de Salud General de Goldberg el GHQ 28.

Conocer los valores de cuatro componentes del Cuestionario de Salud General de Goldberg el "GHQ 28" en la población de médicos residentes del Hospital general de México.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Los Médicos Residentes del Hospital General de México presentan algunos de los siguientes problemas emocionales?

- Síntomas somáticos.
- Ansiedad
- Fobia social
- Depresión

HIPÓTESIS DE TRABAJO los médicos residentes del Hospital General de México si están presentando algún tipo de problemática emocional

HIPÓTESIS NULA. Los médicos residentes del Hospital General de México no presentan algún tipo de problemática emocional.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Síntomas somáticos: tendencia a experimentar y comunicar el malestar psicológico e interpersonal a través de molestias físicas, síntomas médicos inexplicables para los que buscan tratamiento. Es posible medirlo a través de la observación directa de los expertos, mediante el análisis a las respuestas obtenidas en alguna prueba que mida síntomas somáticos.

Ansiedad: estado de animo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión acerca del futuro, se presenta como una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, angustiado, inquieto), o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular. Es posible medirlo a través de la actividad

del sistema Psicológico (presión sanguínea, respiraciones etc.), mediante el análisis a respuestas obtenidas en alguna prueba que mida ansiedad y/ o trastornos de la personalidad y mediante la observación directa.

Fobia social: se caracteriza por un miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona, las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con ansiedad o malestar intensos. Se diagnostica fobia social cuando el único temor social, se refiere a la posibilidad de ser observado en pleno ataque de pánico, a no ser que este temor este circunscrito a situaciones únicamente sociales. Es posible medirlo a través de la observación en escenarios al aire libre, dentro de alguna actividad en grupo y mediante el análisis a respuestas obtenidas en alguna prueba que mida Fobia Social o trastornos de la personalidad.

Depresión: síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de animo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de los trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo que puede ser de diversas expresiones y las fantasías suicidas. Es posible medirlo a través de la observación, mediante alguna prueba que mida Depresión y/o trastornos de la personalidad.

MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilística (médicos residentes de primer año y que aun no hayan iniciado su rotación en las diferentes especialidades del Hospital General de México), está constituida por 89 sujetos de 120 que pertenecen a la población total de nuevo ingreso del Hospital General de México.

EL DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN: el tipo de estudio es descriptivo, por que lo que quiere conocer son las características de la muestra, y el diseño es no experimental transversal, por que no hay manipulación de variables, sino que la evaluación es en un solo momento a la muestra elegida.

INTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento que se utilizará es el cuestionario de Salud General de Goldberg. (GHQ 28). Esta técnica fue elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década de los 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se elaboraron versiones mas cortas de 30, 28, y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación. Las revisiones a su confiabilidad se han hecho en España en la época de los noventas, para la

población en Latinoamérica se hace una primera revisión cuba en 1999, ya que lo que se pretendía era realmente tener una confiabilidad y validez para la población hispana, en año de 2001, Chile realiza la ultima revisión de dicha prueba la cual como conclusión coincide con la de las anteriores estandarizaciones quedando únicamente 28 ítems para la población latina (Goldberg, 2002).

El GHQ 28 es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo referente a la presencia de ciertos estados emocionales (Op. Cit.).

El cuestionario tiene como objetivo identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que en realidad lo que mide es salud mental, el cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” de la vida cotidiana y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico (distressing). El GHQ detecta trastornos de menos de 2 semanas de duración, ninguno de los cuales pueden contar como “caso” en los distintos sistemas de investigación y la mayoría de los cuales requieren que los síntomas hayan estado presentes al menos durante 2 semanas. Lo que pretende medir el GHQ 28 son cuatro sub escalas específicamente (Op cit).

- A. Molestias somáticas
- B. Ansiedad e insomnio
- C. Disfunción social
- D. Depresión

Cada una de las sub escalas consta de siete preguntas las cuales contienen cuatro formas de respuestas ordinales, del tipo “Mejor que lo habitual, igual que lo habitual, peor que lo habitual y mucho peor que lo habitual” (Op cit).

PROCEDIMIENTO

Se realizó una revisión bibliográfica, de algunos estudios que se estaban realizando en España, específicamente en el área de la salud mental de los médicos; y su influencia en el desarrollo de su vida profesional, de esta forma se encontró la prueba del GHQ 28.

La jefatura de enseñanza del Hospital General de México, desde hace algún tiempo, esta interesada por el optimo desempeño de su personal sanitario, no solamente desde el punto de vista académico; sino que la jefatura desde hace algunos años atrás, esta preocupado por la salud mental de su personal, y para está diseñando programas para que los alumnos de nuevo ingreso pudieran tener una evaluación psicológica previa a su entrenamiento profesional, se le planteo el

presente estudio y contando con su autorización y compromiso, convoco a los médicos residentes para poder aplicarles el cuestionario.

Se entregaron los cuestionarios al inicio de una plática de bienvenida, por parte de la jefatura de enseñanza del hospital, argumentando que con sus respuestas se podría tener un mejor desempeño académico. Se les dio un tiempo aproximado de 15 minutos y al final de la sesión fueron entregados.

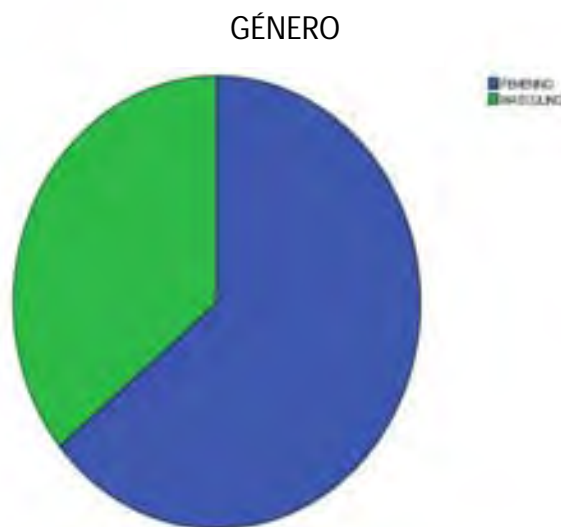
Los datos sociodemográficos fueron: edad, sexo; estado civil, año de residencia.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

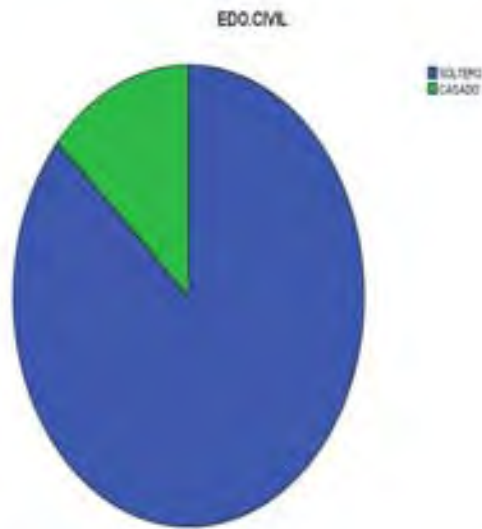
La muestra esta constituida por 89 Médicos residentes del Hospital General de México, de un total de 120 que constituyen la población total de alumnos de nuevo ingreso. Dentro de las especialidades, se encuentran, Anestesia, Dermatología, Coloproctología, Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Medicina de rehabilitación, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oncología medica, Pediatría, Radiología e imagen y Cirugía general.

GRAFICA 1: Distribución de la muestra por género



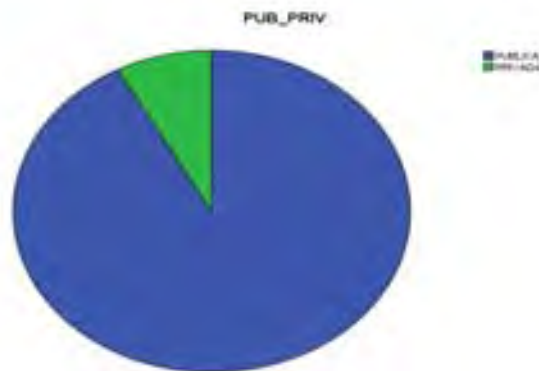
De los cuales el 64% es del género femenino y el 36 % restante son del género Masculino.

Gráfica 2: Distribución de la muestra por estado civil



En cuanto al estado civil de la población se encontró que el 85.6% de los casos son solteros y que el 13.3% no son solteros.

Gráfica 3: Distribución de la muestra por universidad de procedencia.

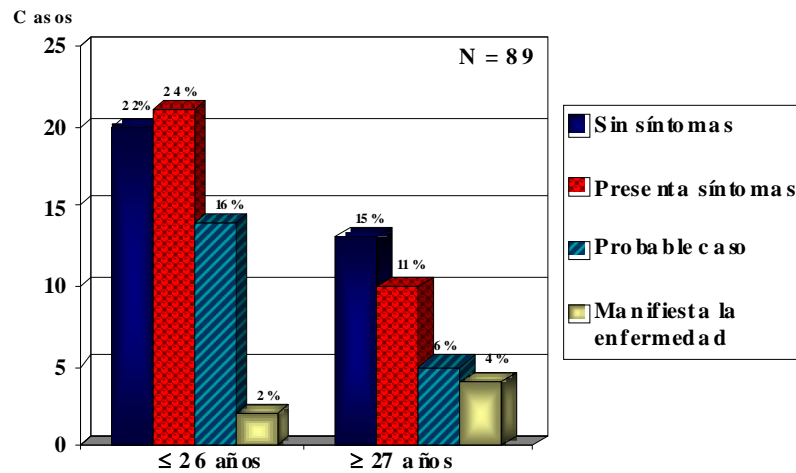


El 92.1 % de la población son de escuela pública y el 7.9 % restante son de escuela privada. (Gráfica 3)

A continuación se presentan los resultados obtenidos al comparar a la muestra en relación a: edad, género, estado civil y nivel de procedencia con respecto a las

categorías del cuestionario GHQ 28, a saber: trastornos somáticos, ansiedad, fobia social y depresión.

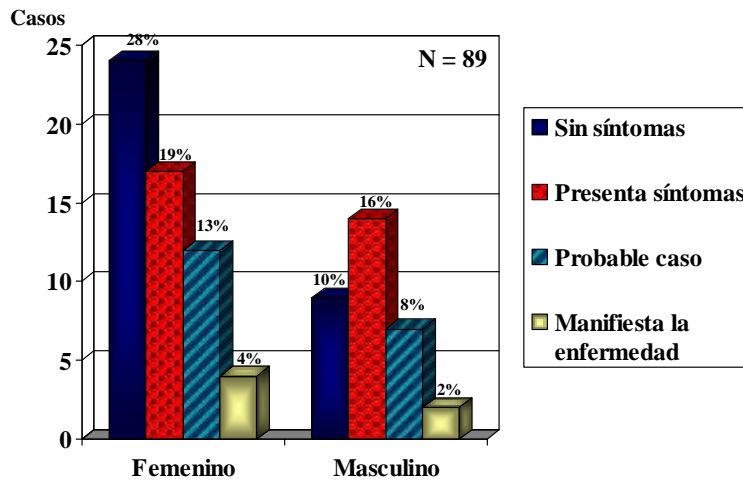
Gráfica 4: Relación entre trastornos somáticos y grupo de edad.



En relación al análisis de la categoría trastornos somáticos, se encontró que al comparar los dos grupos de edad entre los menores o igual a 26 años (N=56), el 22% de los casos no presentan síntomas, el 24% presenta síntomas, el 16% se presenta como probable caso y el 2% manifiesta la enfermedad.

En relación a la población constituida entre los mayores de 27 años o igual (N=33), se observa que no presentan síntomas el 15% de los casos, el 11% de los casos presentan síntomas somáticos, el 6% de los casos se encuentra como probable caso, y el 4% de los casos manifiestan la enfermedad.

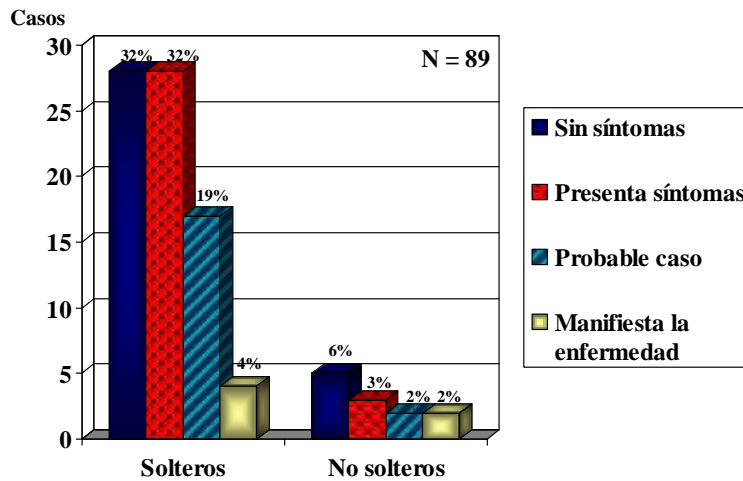
Gráfica 5: Relación entre trastornos somáticos y género



Al comparar las respuestas por género, en el sexo Femenino se encontró que el 28% de los casos no presenta síntomas, que el 19% de los casos presenta síntomas y que el 13% de los casos se presenta como probable caso y el 4% manifiesta la enfermedad.

En relación al sexo Masculino se encontró que 16% de los casos presentan síntomas, que el 10% de los casos no presenta síntomas, el 8% se presenta como probable caso y el 2% manifiesta la enfermedad.

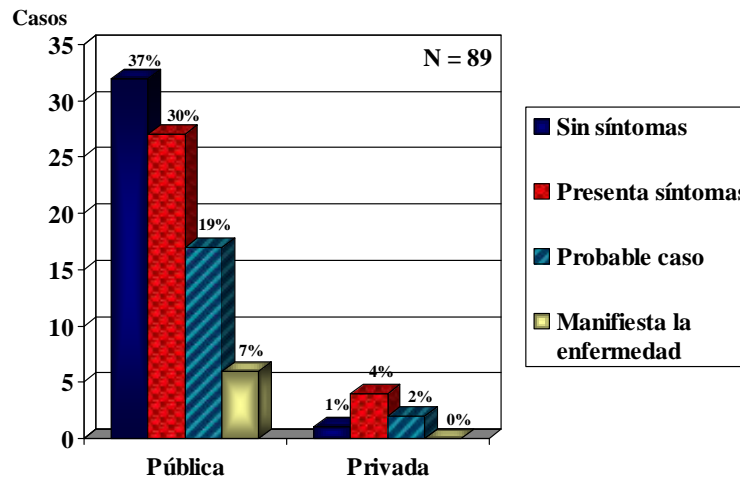
Gráfica 6: Relación entre trastornos somáticos y estado civil.



Al revisar los datos por estado civil se encontró que el 32% de los solteros no presenta síntomas, que el 32% de los casos presenta síntomas, que el 19% de los caso se presenta como probable caso y que el 4% manifiesta la enfermedad

En relación a los no solteros se encuentra que el 6% de los casos no presenta síntomas, que el 3% presenta síntomas, que el 2% es probable caso y que el 2% manifiesta la enfermedad.

Gráfica 7: Relación entre trastornos somáticos y universidad de procedencia.



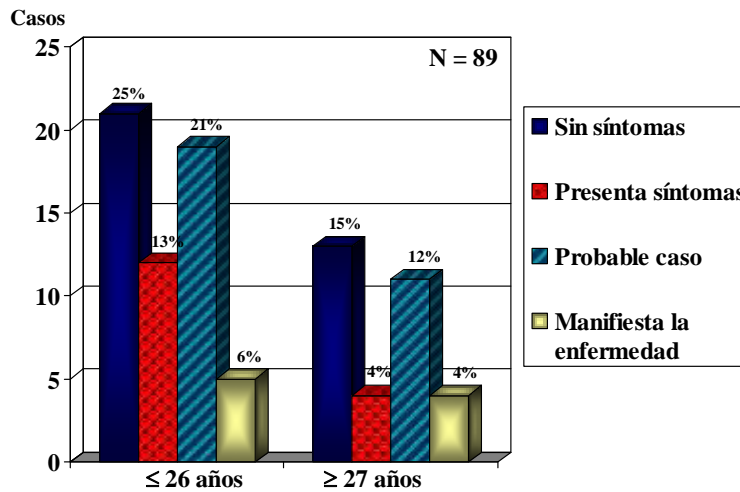
Al agrupar a los residentes por tipo de universidad se encontró que 37% de los casos pertenecientes a escuela pública, no presentan síntomas, que el 30% presenta síntomas, el 19% se presenta como probable caso y el 7% manifiesta la enfermedad.

En relación a escuela privada el 4% de los casos presenta síntomas, el 2% se presenta como probable caso, el 1% no presenta síntomas y el 0% manifiesta la enfermedad.

Resumiendo quienes presentan más síntomas somáticos son menores de 26 años del género masculino, solteros y de universidad pública.

En cuanto a los resultados obtenidos en la categoría de trastornos de ansiedad con el cuestionario GHQ 28 a continuación se presentan los datos comparando por las mismas variables: edad, género, estado civil y universidad de procedencia.

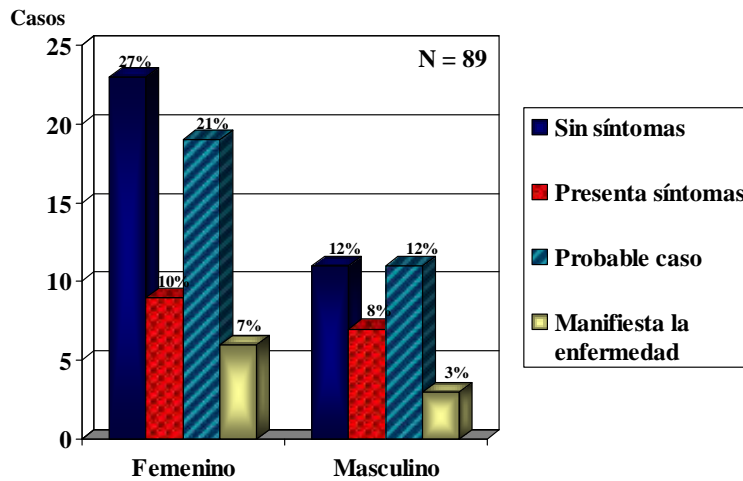
Gráfica 8: Relación entre trastornos de ansiedad y edad.



Con respecto a la edad, se puede observar en la gráfica 8, que en los casos menor o igual a 26 años, el 25% de los casos no presenta síntomas, que el 13% presenta síntomas, que el 21% se presenta como probable caso, y que el 6% manifiesta la enfermedad.

En relación al rubro de edad de mayores o igual a 27 años, se observó que el 15% de los casos no presenta síntomas, que el 4% presenta síntomas, que el 12% de los casos aparece como probable caso, y que el 4% manifiesta la enfermedad.

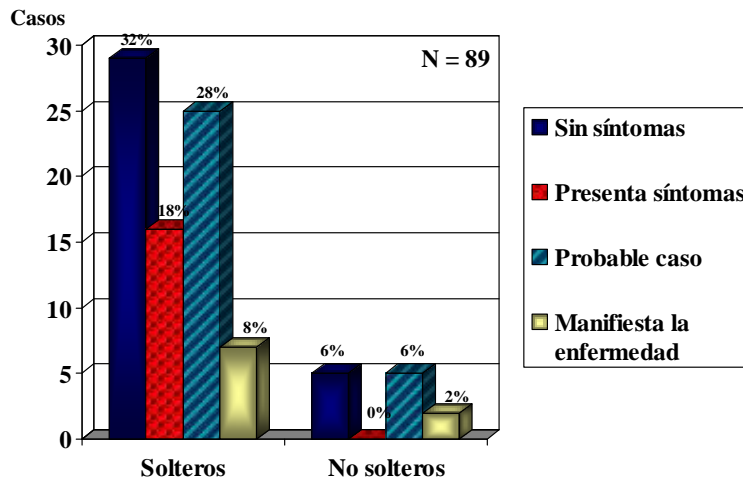
Gráfica 9: Relación entre trastornos de ansiedad y género.



Al comparar las respuestas por género, en el sexo femenino se observó, que el 27% de los casos no presenta síntomas, el 10% presenta síntomas y el 21% de los casos se presenta como probable caso, y que el 7% manifiesta la enfermedad.

En el sexo masculino se observó que el 12% se presenta sin síntomas de ansiedad, el 8% presenta síntomas, que el 12% se presenta como probable caso y que el 3% manifiesta la enfermedad.

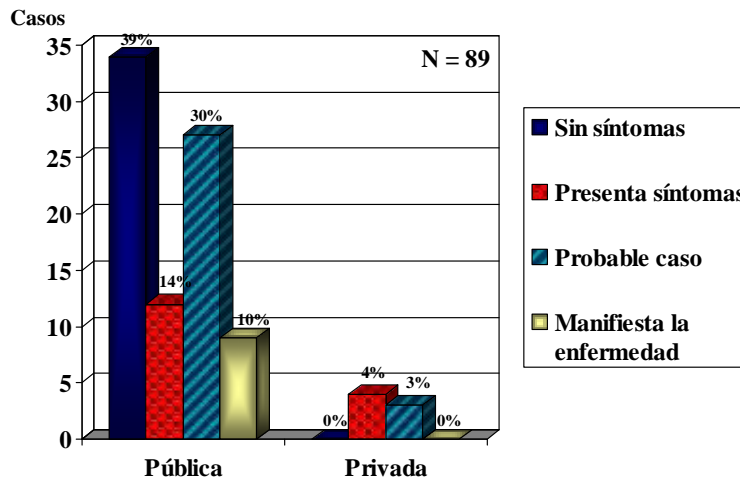
Gráfica 10: Relación entre trastornos de ansiedad y estado civil.



Al revisar los datos por estado civil se encontró que el 32% de los casos de solteros no presentan síntomas, que el 18% de los casos presentan síntomas, que el 28% se presenta como probable caso y que el 8% manifiesta la enfermedad.

En el rubro de los no solteros se encontró que el 6% de los casos no presenta síntomas, el 0% presenta síntomas, el 6% se presenta como probable caso, el 2% manifiesta la enfermedad.

Gráfica 11: Relación entre trastornos de ansiedad y universidad de procedencia.



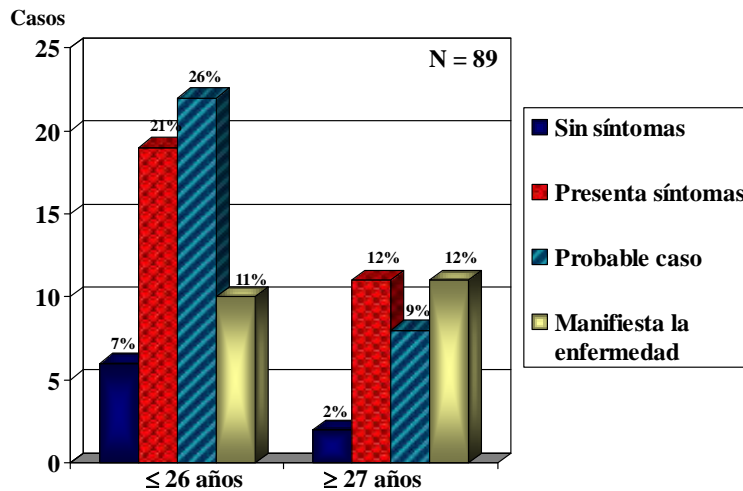
Al agrupar a los residentes por tipo de universidad se encontró ,que el 39% de los casos de escuela publica no presentan síntomas, que el 14% presenta síntomas, que el 30% de los casos se presenta como probable caso de ansiedad,y el 10% manifiesta la enfermedad.

En el rubro de escuela privada, se observó que el 0% no presenta síntomas, el 4% presenta síntomas, el 3% se presenta como probable caso y el 0% manifiesta la enfermedad

Resumiendo quienes presentan mas síntomas de ansiedad son los menores de 26 años del género femenino, solteros y de universidad publica.

En cuanto a los resultados obtenidos en la categoría de fobia social con el cuestionario GHQ 28, a continuación se presentan los datos comparando por las mismas variables: edad, genero, estado civil, y universidad de procedencia.

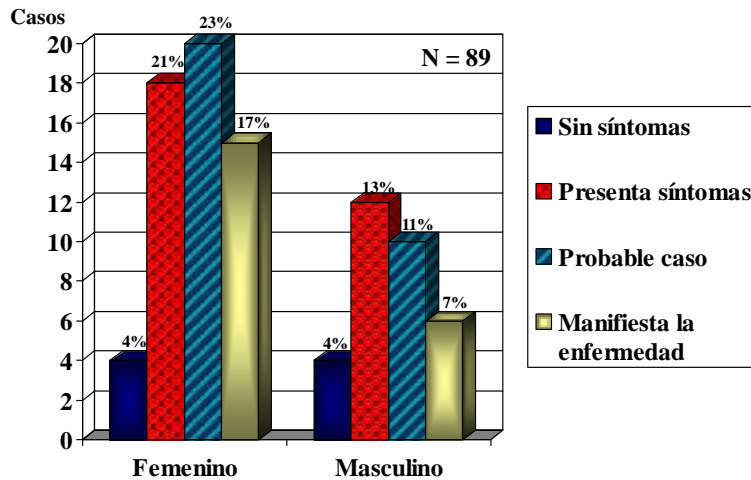
Gráfica 12: Relación entre fobia social y edad.



Como se puede observar, en la muestra de los menores o igual a 26 años se encontró, que el 7% se presenta sin síntomas, el 21% presenta síntomas, el 26% se presenta como probable caso, y el 11% manifiesta la enfermedad.

En relación a mayores o igual a 27 años se encontró, que el 2% no presenta síntomas, que el 12% presenta síntomas, el 9% se presenta como probable caso, y que el 12% manifiesta la enfermedad.

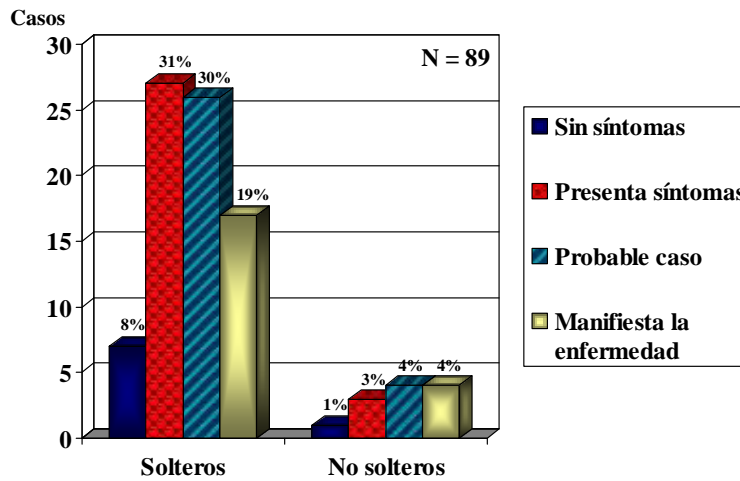
Gráfica 13: Relación entre fobia social y género.



Al comparar las respuestas por género, en el femenino se observó, que el 4% no presenta síntomas, que el 21% presenta síntomas, que el 23% se presenta como probable caso y que el 17% manifiesta la enfermedad.

En el género masculino se encontró que el 4% no presenta síntomas, el 13% presenta síntomas, el 11% se presenta como probable caso y el 7% manifiesta la enfermedad.

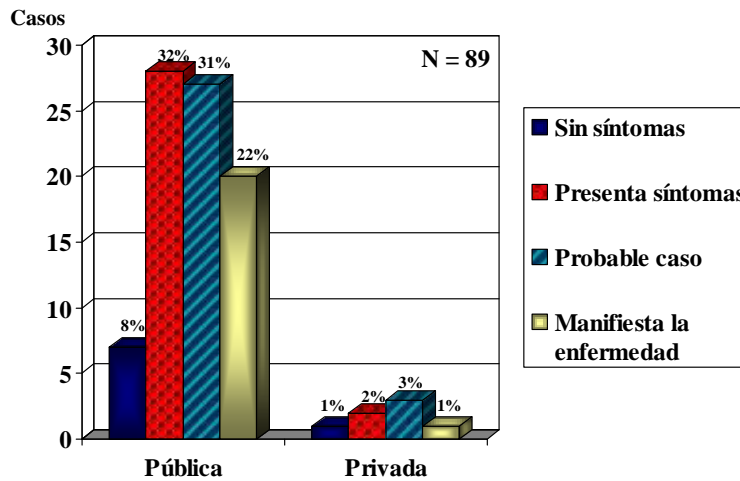
Gráfica 14: Relación entre fobia social y estado civil.



Al revisar los datos por estado civil se encontró, que en el caso de los solteros el 8% no presenta síntomas, el 31% presenta síntomas, el 30% se presenta como probable caso y el 19% manifiesta la enfermedad.

En relación a los no solteros se encontró, que el 1% se presenta sin síntomas, el 3% presenta síntomas, el 4% se presenta como probable caso, y el 4% manifiesta la enfermedad.

Gráfica 15: Relación entre fobia social y universidad de procedencia.



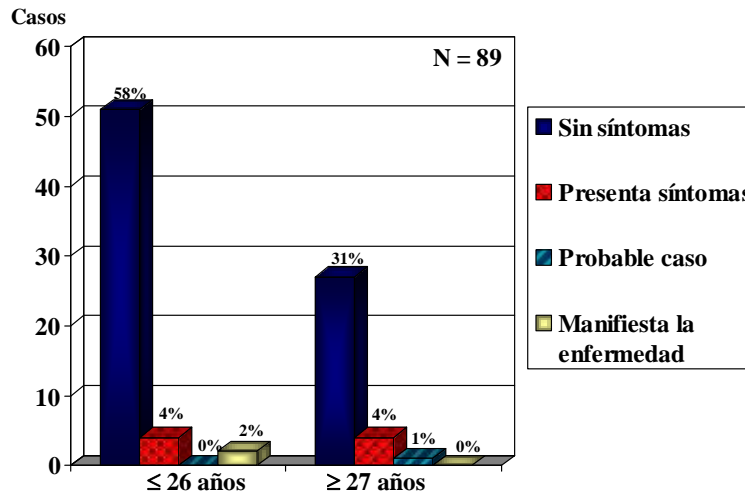
Al agrupar a los residentes por tipo de universidad se encontró, que el 8% de los casos de escuela pública no presenta síntomas, el 32% presenta síntomas, el 31% se presenta como probable caso, el 22% manifiesta la enfermedad.

En el rubro de escuela privada se encuentra, que el 1% de los casos se presenta sin síntomas, el 2% presenta síntomas, 3% probable caso y el 1% manifiesta la enfermedad.

Resumiendo quienes presentan mas síntomas de fobia social son los menores o igual a 26 años, del genero femenino, solteros y de universidad pública.

En cuanto a los resultados obtenidos en la categoría de depresión del cuestionario GHQ 28 a continuación se presentan los datos comparando por las mismas variables: edad, género, estado civil, y universidad de procedencia.

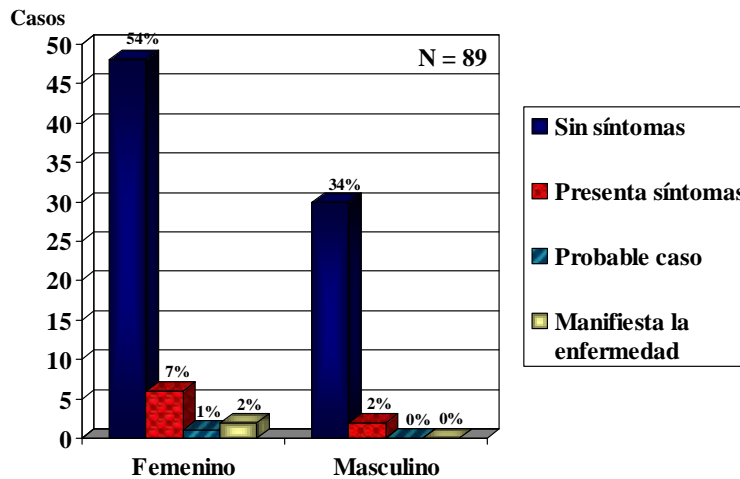
Gráfica 16: Relación entre depresión y edad.



Como se puede ver en el grupo de edad menor o igual a 26 años, el 58% de los casos no presenta síntomas de depresión, el 4% presenta síntomas, el 0% se presenta como probable caso, el 2% manifiesta la enfermedad.

En el rubro de mayor o igual a 27 años se encontró, que el 31% de los casos no presenta síntomas de depresión, el 4% presenta síntomas, el 1% como probable caso y el 0% manifiestan la enfermedad.

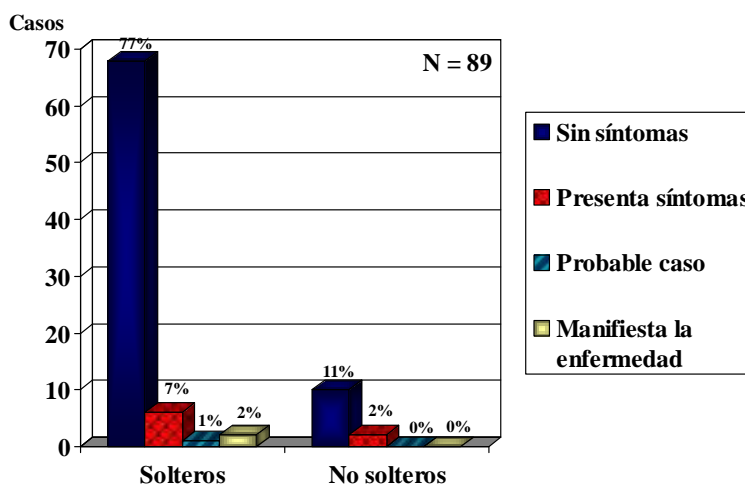
Gráfica 17.- Relación entre depresión y género.



Al comparar las respuestas por genero se encontró, que en el femenino el 54% no presenta síntomas, el 7% presenta síntomas, el 1% se presenta como probable caso, y el 2% manifiesta la enfermedad.

En el rubro del género masculino se encontró que el 34% de los casos no presenta síntomas, que el 2% presenta síntomas, 0% se presenta como probable caso y el 0% manifiesta la enfermedad.

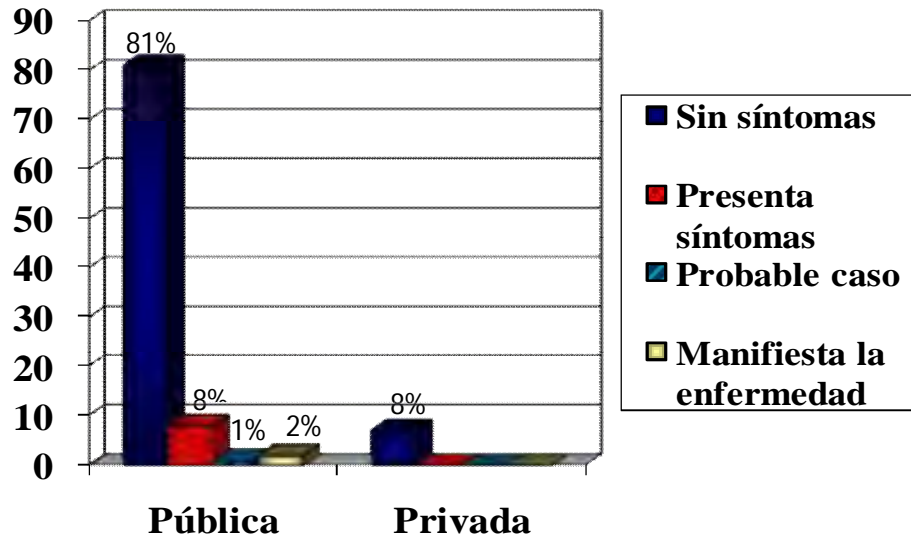
Gráfica 18.- Relación entre depresión y estado civil.



Al revisar los datos por estado civil se encontró que en los solteros el 77% de los casos no presentan síntomas de depresión, el 7% presenta síntomas, el 1% se presenta como probable caso, y el 2% manifiesta la enfermedad.

En el rubro de los no solteros se encontró que el 11% de los casos no presenta síntomas, el 2% presenta síntomas, el 0% se presenta como probable caso y el 0% manifiesta la enfermedad.

Gráfica 19.- Relación entre depresión y universidad de procedencia.

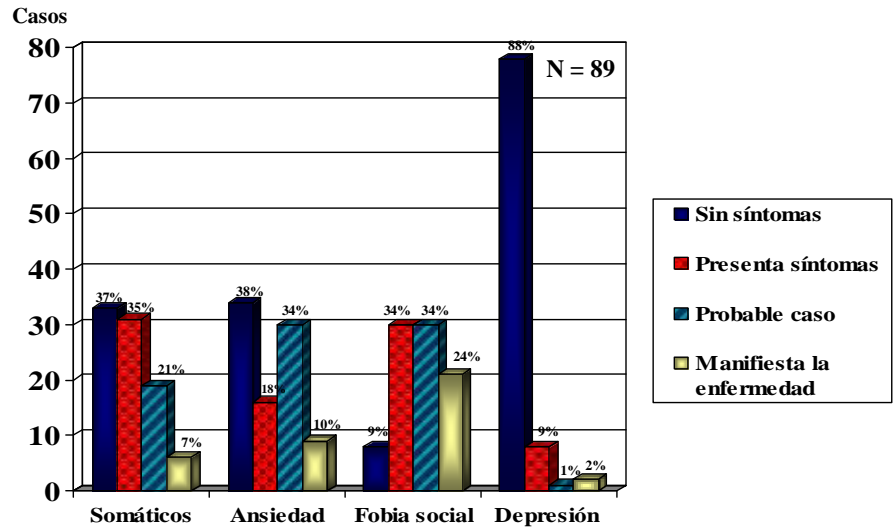


Al agrupar a los residentes por tipo de universidad se encontró que el 81% de los casos de escuela pública no presenta síntomas de depresión el 8% presenta síntomas, el 1% se presenta como probable caso, el 2% manifiesta la enfermedad

En el rubro de escuela privada se encontró que el 8% de los casos no presentan síntomas, el 0% presenta síntomas, 0% probable caso, el 0% manifiesta la enfermedad.

Resumiendo quienes más presentan síntomas de depresión son los mayores o igual a 27 años, género masculino, solteros y de universidad pública

Gráfica 20.- Relación entre alteración y nivel de sintomatología.



En la grafica anterior y a manera de resumen, se encuentra cada una de los trastornos y el nivel de sintomatología presentado, siendo el trastorno de fobia social, el que se presenta como probable caso de enfermedad, seguido del trastorno de síntomas somáticos, los cuales presentan síntomas, siguiendo con el trastorno de ansiedad y la sintomatología que presenta menor puntaje es el de la depresión.

En el siguiente cuadro se presenta el análisis de algunas respuestas a través del programa estadístico SPSS, para comprobar la significancia estadística de algunas de las respuestas obteniendo así el valor de chi cuadrado de Pearson.

Tabla 3.- Reactivos del cuestionario GHQ 28 con significancia estadística.

RESPUESTAS	CHI CUADRADO DE PEARSON	SIGNIFICANCIA
NECESIDAD DE UN ESTIMULANTE	10.179	.017
MAL HUMORADO	8.077	.044
VIVIENDO SIN ESPERANZA	6.847	.003
NERVIOSO A PUNTO DE EXPLOTAR	22.903	.029
PERSONA QUE NO VALE LA PENA	23.126	.027
LA VIDA NO VALE LA PENA VIVIRSE	30.735	.002
ESTADO DE SALUD	55.022	.022
IDEAS DE QUITARSE LA VIDA	36.066	.054

La respuesta a las anteriores preguntas fueron dadas por los sujetos como bastante más que lo habitual y mucho más que lo habitual, es decir que las respuestas son las más representativas de algún tipo de problemática emocional

CAPITULO V

DISCUSIÓN.

El presente estudio tuvo como objetivo investigar si los médicos residentes están presentando algún tipo de problema emocional como: síntomas somáticos, ansiedad, fobia social y depresión y podemos ver con claridad que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, pero sí representativos de la muestra, ya que se presentan síntomas que con el paso del tiempo se puede exacerbar, teniendo en cuenta el medio ambiente en el que se desenvuelve el individuo, y las características de la vida personal del sujeto.

La escala de fobia social, nos arroja datos importantes, de acuerdo al porcentaje obtenido con la prueba GHQ 28, que sin llegar a ser estadísticamente significativos, nos podrían estar hablando de que hay indicios de esta problemática en los médicos residentes. El 24% de la muestra manifiesta la enfermedad, el 34% de la población se presenta como probable caso, y el 24% manifiesta la enfermedad. Para la prueba del GHQ 28 se manifiestan cuatro categorías de respuesta como, no presenta síntomas en la cual el puntaje obtenido es muy bajo con respecto a los síntomas descritos en el DSM 4 R, en la cual todavía hay ausencia de síntomas, presenta síntomas es que el sujeto ya comienza a manifestar algunos síntomas de la enfermedad, de acuerdo al DSM IV R, manifiesta de enfermedad, es cuando el sujeto tiene ya el 75% de los síntomas descritos en el DSM IV para cada uno de los padecimientos aquí descritos, y manifestar la enfermedad nos estaría hablando de que el sujeto está manifestando el 100% de los síntomas descritos por el DSM 4 R.

La fobia social o el trastorno de ansiedad social, como ahora se propone llamarlo, se caracteriza por un miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona. Esta teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares de humillación o embarazo. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos (Bados y Cols; 2001). Quizá por esta razón al Médico le resulte incomodo poder ser empático con los propios pacientes, equivocarse en el diagnóstico y tener lapsos de debilidad emocional. Ya que sería como faltar a la "insignia de honor" que se le viene enseñando durante toda su preparación médica.

La fobia Social interfiere marcadamente en la vida de la persona o produce un malestar clínicamente significativo. Sino fuera así, sólo podría hablarse de ansiedad social o timidez: malestar e inhibición más o menos generalizada en

presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social y con un curso menos que crónico (Op cit).

La exposición a situaciones temidas provoca ansiedad o ataques de pánico. Sin embargo, se diagnostica fobia social cuando el único temor social se refiere a la posibilidad de ser observado en pleno ataque de pánico, a no ser que este temor este circunscrito a situaciones únicamente sociales. Las personas reconocen que su miedo es excesivo o irracional. Es común la ansiedad anticipatoria incluso días y semanas antes de afrontar la situación social o actuación en público (Op cit).

Entre las situaciones temidas por los fóbicos sociales se encuentran en primer lugar, hablar en público; luego participar en encuentros o charlas informales, iniciar o mantener conversaciones con gente nueva, situaciones que implican asertividad y hablar con figuras de autoridad. Y entre las temidas por menos fóbicos sociales están las de comer, beber y escribir en publico (Op cit).

Así pues debido a que en su práctica médica se les exige normas excesivamente elevadas de comportamiento pudieran estar presentando: (Bados, 2001)

- a) Temor a no saber comportarse de un modo adecuado o competente
- b) Temor a ser visto como ansioso, débil, incompetente, inferior, poco interesante, poco atractivo o estúpido.
- c) Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataques de pánico) que puedan ser vistos por los demás o interferir con la actuación.
- d) Temor a la crítica, a la evaluación negativa y al rechazo e hipersensibilidad ante los mismos cuando ocurren.
- e) Temor a ser observado.
- f) Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal.

Es por esta situación que generalmente, el médico fracasa en su intento de ser empáticos con los pacientes y esto también va repercutiendo en su vida personal.

La fobia social se manifiesta como un temor irracional y perdurable al medio ambiente que le rodea, tratando de evitar lo más posible las situaciones sociales o de desempeño. Generalmente las personas con este tipo de trastorno sienten temor al hacer una aparición en público; continuamente no tienen dificultad para la

interacción social, pero cuando tienen que hacer algo delante de la gente, el temor se apodera de ellos. (Bobes García y Cols; 2000). En la práctica profesional he observado que el trabajo excesivo y el que se le ponga al médico en un “pedestal” tiene un alto costo oculto, que se manifiesta llevando una alta carga de tensión emocional, recurriendo a la negación creciente, por lo tanto hay pérdida de la libertad, aislamiento de los sentimientos y de su vida emocional.

Algunos pensamientos que son recurrentes en el médico residente (reportado por ellos mismos), y que son pensamientos de una serie de errores cognitivos típicos de los Fóbicos Sociales, son: (op. cit)

- a) Valoración no realista de lo que se espera de uno, lo que favorece las metas perfeccionistas.
- b) Sobreestimación del grado en el que los otros observan la conducta de uno y se dan cuenta de los síntomas externos de ansiedad.
- c) Subestimación de las propias capacidades y sobreestimación de la posibilidad de cometer errores importantes y fracasar.
- d) Sobreestimación de la posibilidad e intensidad del rechazo.
- e) Expectativas no realistas sobre las respuestas de los otros a las manifestaciones de ansiedad.
- f) Atención selectiva a los mensajes o reacciones negativos de los demás hacia uno y falta de atención a las reacciones positivas.
- g) Interpretaciones sesgadas y negativas de los comportamientos de los demás, especialmente bajo condiciones de ambigüedad; así percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de intensidad u ocurrencia.
- h) Mayor recuerdo de la información negativa relacionada consigo mismo y menor recuerdo de la información externa provenientes de experiencias sociales previas.

En concreto, los fóbicos sociales (Op cit):

a) creen que los otros son inherentes críticos, es decir, que les evalúan negativamente, (por sus manifestaciones de ansiedad, errores, y diferencias), lo cual se traducirá en consecuencias negativas como el rechazo.

b) conceden una enorme importancia a causar una impresión favorable y a ser valorados positivamente por los demás.

c) tienen una gran desconfianza en su habilidad para conseguir los que creen que esperan los otros en la situación y si es el caso, las propias metas excesivamente elevadas (Botella y Cols, 2003).

No podemos ignorar que hay otros factores que intervienen en el “ocultamiento” de los problemas emocionales de los médicos, como la formación académica y ética, sin embargo, una limitante que me encontré es la poca sensibilidad del instrumento aplicado a dicha muestra.

Para obtener resultados mucho mas objetivos y veraces, seria necesario aplicar otro tipo de instrumento, ya que, generalmente este tipo de prueba se le aplica a los pacientes que acuden a consulta externa en España, Cuba y el Perú como una forma fácil de diagnosticar o saber si están presentando algún tipo de problema emocional, sin embargo en mi experiencia con esta prueba, me pareció que su forma de ser calificada es muy laxa y poco confiable a pesar de las estandarizaciones que se le han hecho para la población latina, es poco sensible para medir este tipo de padecimientos y en conjunto con alguna otra prueba, pudiera ser mas confiable y veraz.

Ahora bien en cuanto a los problemas emocionales que presentan los médicos coincido con Serrano (2002), el cual postula que, los problemas emocionales de los médicos no han sido estudiados, sino que han sido ocultados y mal comprendidos, esto generalmente se debe a que existe una “protección” entre la misma comunidad medica, que impide saber y atender con mayor precisión que tipo de sintomatología puede estar presentando el medico. Los trabajos realizados a lo largo del tiempo están relacionados con el estrés laboral y las consecuencias que acarrear, dándole poca importancia a los problemas emocionales de los médicos (Serrano, 2002).

En la escuela de medicina; la principal meta es orientar y perfeccionar al estudiante en la obtención de conocimiento, pero sin dejar de lado el poder a futuro y una alta competitividad en cuanto a conocimiento se refiere. Por otra parte atributos de intuición, sensibilidad emocional y aprecio; vienen a ocupar un valor subjetivo y de poco interés; a pesar de la importancia en la formación de relaciones humanas en el ámbito de la salud. Sus relaciones interpersonales están basadas en la necesidad de externar su criterio y las demandas implacables de

alcanzar sus metas, prefieren trabajar y permanecer durante mas tiempo del indicado en una institución de salud o en su consultorio, aun cuando le parezca terrible, una pesadilla y produzca una actitud de desaliento, estando latente la dependencia hacia su trabajo (Micu y Cols; 2006).

El médico adquiere los cimientos del profesionalismo médico durante su formación de pre y post grado, a través del “currículo oculto”, y de socialización de sus vivencias en la escuela de medicina y la practica médica hospitalaria , y conforme progresa en su actividad médica va puliendo y adaptando sus respuestas ante los diferentes retos profesionales, dejando de lado la evaluación directa de su conducta y actitudes; olvidándose así mismo y concentrándose cada vez mas en ser un “buen profesional Médico” (op cit).

Los hombres y las mujeres de la profesión médica dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la de ellos. Las resistencias de los médicos para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol de paciente generalmente suele ser muy tardío y se suele dar, tras un largo periodo en el cual pusieron a prueba un eficaz tratamiento automedicado, y generalmente ya están muy enfermos (Pearson y Stucker 1999)

En mi experiencia, cuando un medico residente esta presentando algún tipo de problema emocional, se le trata con privilegio, ya que generalmente son tratados por el Jefe del servicio de Salud Mental y bajo un halo de misterio y secreto, no tratándolo como a la mayoría de los pacientes, es decir, refiriéndolo a el Psicólogo para comenzar a trabajar en la psicoterapia, sino que generalmente es atendido por otro médico (Generalmente Psiquiatra), el cual lleva el seguimiento del caso hasta el “fin”.

El gremio médico en el cual se desenvuelve, trata de “cubrir” de alguna manera los problemas emocionales que se llegan a presentar en los médicos, sobre todo tratándose de los que comienzan a utilizar algún tipo de estimulante para poder rendir en los horarios de trabajo, los cuales son exhaustivos, teniendo tres veces por semana guardia de 24 hrs y después sometiéndolos a la larga jornada de trabajo y clase intercalada en el resto del día, para que al finalizar el día se retire a su casa a dormir poco tiempo y cumplir con la tarea que hay que entregar al día siguiente.

Debido también a esta carga de trabajo es que puntuaron alto en la escala de ansiedad, la cual se encontró que el 10% de la muestra manifestó tener la enfermedad y el 34% probable caso de ansiedad.

El termino de Ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión acerca del futuro (Barwol, 2002) que se

presenta generalmente como una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular (Gándara y Fuentes, 2005).

Sin embargo el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real; la persona con un trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona a ella, pese a su inexistencia (Op. Cit).

Las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por para funcionar en la vida diaria. Su ansiedad es desagradable y con frecuencia se les dificulta disfrutar de situaciones ordinarias, pero además trata de evitar las situaciones que lo hacen sentirse ansioso, como resultado puede perderse de oportunidades de disfrutarse a ellos mismos o de actuar en su propio beneficio (Durad y Barlow, 2004). Lo anterior es indicio de que les cuesta trabajo relacionarse interpersonalmente,

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden igual a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos puede lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica (OMS. 2006). Y debemos preguntarnos, entonces que pasará con estos médicos que ocultan sus problemas emocionales y que además no se habla de ellos e inclusive se ignoran o minimizan.

Analizando el instrumento pregunta por pregunta con el paquete estadístico SPSS a través de la prueba estadística chi cuadrada nos encontramos los siguientes reactivos calificados con altas puntuaciones (estadísticamente significativos).

- a) Necesidad de un estimulante.
- b) Mal humor
- c) Viviendo sin esperanza
- d) Nervioso a punto de explotar
- e) Persona que no vale la pena
- f) La vida no vale la pena vivirse
- g) Estado de salud

h) Ideas de quitarse la vida.

De alguna manera esto sería representativo del sentimiento que en ese momento estaba experimentando el medico residente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Debido a los datos obtenidos, se puede concluir que la hipótesis de trabajo se rechaza y la hipótesis nula se acepta. Sin embargo como ya se mencionó anteriormente, sin que todos los resultados lleguen a ser estadísticamente significativos, si pueden dar indicios de lo que está sucediendo con la vida emocional del medico residente.

Esta cultura o gremio donde se desenvuelve el médico es poco facilitadora para expresar algún tipo de malestar emocional, ya que todo se puede “arreglar” a través de la medicina, incluso los dolores emocionales, es por ello que los médicos de alguna manera están adoptando con mayor familiaridad algunos síntomas emocionales que para el resto de las personas pudieran representar un problema de salud mental.

Concuero con Pérez Tamayo (citado en ética médica laica 2002), en donde hace énfasis en que algunos médicos tienen un comportamiento déspota y autoritario, o alejado e indiferente, o bien brusco y hasta grosero y en todos estos casos ausente de simpatía y de calor humano con sus pacientes, negándose a compartir con ellos sus miedos, sus angustias, y su padecer. Ven al paciente generalmente como casos más o menos interesantes de atender y olvidan de alguna manera que son seres humanos dolientes y necesitados de apoyo y comprensión. Este tipo de médicos si son “deshumanizados” o presentan algún tipo de problema emocional, pero su existencia no es ni nueva, ni está relacionada con la masificación de la medicina o con la tecnología médica, y son “deshumanizados” no porque sean médicos, sino porque son seres humanos, y miembros de la especie **HOMO SAPIENS**, en la que se dan distintos tipos de conductas y el medio ambiente en el cual se desenvuelven puede incidir de manera distinta para cada uno de ellos, así como las circunstancias externas de su vida personal.

Los médicos pueden tener una adicción a la adrenalina y con ímpetu a las emergencias. El sonido del radio localizador y el timbre del teléfono celular son un estímulo constante a su ego, refugiándose generalmente en la adicción al trabajo que es generalmente apropiada en nuestra cultura; ciertamente en términos financieros hay una recompensa y premio por la dedicación, pero muchos de ellos dejan el trabajo cuando están excluyendo otras partes de sí mismo, no dándose cuenta que necesitan “rescatar” , su vida familiar, sus vida emocional, etc.

LIMITACIONES.

Una de las más importantes limitaciones que nos encontramos al realizar el presente trabajo, tiene que ver, con la propia estructura del instrumento en sí mismo, ya que el instrumento es de difícil acceso, y que en México, solo o tiene la UNAM, en la facultad de Medicina. En la aplicación de la prueba, nos pudimos dar cuenta que el instrumento es muy laxo en cuanto a las distintas problemáticas que se quieren medir, las respuestas son de fácil intuición y la forma de puntuarlas no siempre queda muy claro para el encuestador, las preguntas son poco actualizadas para los síntomas presentados en la actualidad en el DSM IV R, y bajo ciertas condiciones esta prueba en conjunto con otra, y mejor estructurada, podría arrojar datos muy significativos.

Otro tipo de limitantes es el poder conjuntar a los médicos residentes para poderles aplicar la prueba, ya que los jefes de los distintos servicios son poco accesibles, debido a esto, la muestra no fue más grande, además de enfrentarnos con la protección del mismo gremio hacia sus estudiantes.

Otra de las limitantes es el tiempo y la carga de trabajo ya que pudiera hacerse una segunda entrevista en ciertos casos para poder explorar un poco más acerca de la problemática que están presentando los médicos residentes.

SUGERENCIAS.

En México, como en otros países de América latina, hay pocos estudios sobre este tipo de padecimientos, sin embargo, es necesario hacer estudios más a fondo y no sólo con médicos en formación de pre y post grado, sino con médicos con una trayectoria ya establecida en la medicina, para así conocer los problemas emocionales que realmente les aquejan y tratar de persuadirlos para saber si el discomfort es parte de su propio estilo de vida profesional y médica, o sí, también está relacionada con su vida personal, ya que día con día se observa como el médico permanece muchas horas dentro del ámbito hospitalario, sin ningún otro objetivo mas que el sentido de la pertenencia y el “sacrificio” del cual es responsable de honrar.

Es necesario contar con la apertura del ámbito hospitalario a los profesionales en la Salud Mental (psicólogos, psiquiatras etc.), que pudieran facilitar el desarrollo de estudios más profundos, en cuanto a la salud emocional de los Profesionales de la salud (no solo Médicos, sino enfermeras y el personal asociado a la atención a los pacientes en general).

Es de vital importancia seguir estudiando la problemática emocional en los médicos porque esto nos podría prevenir, suicidios, y enfermedades de tipo emocional que se dan en el gremio medico y que siempre es manejado como un secreto a voces queriendo ocultarlo, no podemos olvidar que los médicos también

son seres humanos y que trabajan con otros seres humanos, y que ambos tienen el derecho de “sanar sus males”.

La realización de la presente investigación contribuye de alguna manera a levantar la voz para hacer notar que hay un campo que ha sido poco explorado y que es de suma importancia seguir siendo estudiado, no solo cuantitativamente, sino cualitativamente y de esta forma, contribuir al conocimiento de la problemática emocional que presentan la comunidad Médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bados, A. (2001). Fobia social. Barcelona. Editorial Síntesis.
- Bobes, G. J. y Gonzales, P .M. (2000). Abordaje Actual del Trastorno por Ansiedad Social. Barcelona. Editorial Masson,
- DSM IV – TR Breviario Criterios Diagnósticos (2002). Barcelona. Editorial Masson.
- Durad V. y Barlow D. (2004). Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal. Madrid. Editorial Thompson.
- Gándara, M y Fuentes, (1997). Angustia y ansiedad. Causas, síntomas y tratamiento. Madrid. Editorial Pirámide.
- García, C. J y Salves, P.(2004). Actualización en Trastornos Somatomorfos. Barcelona. Editorial panamericana.
- García, I. C. (2004). Mis Imágenes 100 años del Hospital General de México. México. Editorial Infinito.
- Gil Monte, Pedro R. (2005). Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Editorial Pirámide.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1979) Cuestionario de Salud General GHQ 28 (general Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Validada en lengua española en el (2002). Barcelona. Editorial Masson.
- González, C. y Martin, J.(2004) El Medico con Burnout. conceptos básicos y habilidades prácticas para el Médico de Familia. Madrid. Editorial Semergen.
- Hernández, S. R. (1998). Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

- Holguin R.P. (2006) psicología de la Anormalidad. Madrid. Editorial Mc Graw Hill
- Hollander, E. y Simeón D. (2001). Trastorno de ansiedad. Madrid. Editorial Elsevier.
- Muriana, E. (2007). Las caras de la Depresión. Barcelona. Editorial Herder.
- Potter, V.R. (1994). Bioética. Madrid Editorial Prentice Hall.
- Ruiloba V.J. (2002). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona. Editorial Masson.
- Rojtenberg, S. (2007). Depresiones. Bases Clínicas, Dinámicas, Neurocientíficas y Terapéuticas. Buenos Aires Editorial Polemos.
- Romero, S. G. (año 4 numero 3). Hospital General de México y sus Ancestros. Revista Digital de la Unidad para la Atención de las Organizaciones Sociales. México. Editorial Nueva Época.
- Rosenbluth, M. y Kennedy S. (2007). Depresión y Personalidad. Desafíos clínicos y conceptuales. Barcelona. Editorial Masson.
- Ruy, P.T. (2004). Ética Medica Laica. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Serrano, D.R. (2000). El Secreto Medico Profesional y el Consentimiento bajo Información. México. Editorial siglo XXI.
- Solominos, P.J. y León P.M. (2002). Centenario del Hospital General. Historia de la Medicina Mexicana. México. Editorial Infinito.
- Stein, Dan J. (2004). Tratado de los trastornos de ansiedad. Madrid. Editorial Elsevier.

- Tamayo, R. P. (2002). Ética Medica Laica. México Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Tonon, G. (2004). Calidad de Vida y Desgaste Profesional. Una mirada al síndrome de Burnout Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Vallejo, R.J. y Gasto, F.C. (2002). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona. Editorial. Masson.
- Villalobos, G.E. (2007). Código de Ética Médica. México Editorial lito-Grapo.
- Winograd, B. (2005). Depresión ¿enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica. Barcelona. Editorial Paidós.
- www.encuestanacionaldeepidemiologiapsiquiatricaenmexico.com
- www.hospitalgeneral.salud.gob.mx
- www.Psicologia-online.com
- www.residentes.salud.gob.mx
- ww.salud.gob.mx

ANEXO I

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En 1881, apareció un Reglamento de la Beneficencia Pública y el proyecto formal para la construcción de un Hospital General. El 9 de noviembre, los doctores Adrián Segura, Rafael Lavista y José Yves Limantour, entregaron al Ministro de Gobernación, general Carlos Díez Gutiérrez, un dictamen sobre la conveniencia de establecer un Hospital General fuera de la ciudad. La comisión recomendó como lugar adecuado para la construcción del Hospital, El Rancho del Cebollón o San Rafael ubicado al oeste de la ciudad, y como segunda opción un terreno localizado al noroeste de Belem. La construcción y planificación del hospital la promovió el Dr. Eduardo Liceaga, en 1896 sobre una superficie de 170 mil metros cuadrados. El modelo que se adoptó para las instalaciones fue el sistema del Ingeniero Follet, que se utilizaba en Francia. Este se aplicó en la construcción del Hospital Saint Eloy de Montpellier. Los pabellones independientes, incombustibles e impermeables, de ladrillo y fierro, con estucado en el interior, sin cielo raso y con pavimento, lambrines de mosaico *que pudieran lavarse y desinfectarse como un vaso de cristal o un jarrón de porcelana* elevados 2.5 m del suelo, aislados entre sí por jardines y con capacidad para 300 enfermos, quedaría integrado por 38 pabellones, se calculó que 5 estarían en reparación o descanso con el fin de que se airearan y desapareciera el peligro de infección o la aparición de una "fiebre de hospital". Además de ese núcleo de pabellones habría edificios para: la consulta externa, sala de operaciones, oficinas administrativas, cuarto de máquinas, cocina, comedor, baños, dormitorios, auditorio, biblioteca, museo, salas para conferencias, alojamiento para empleados y dos capillas para servicios religiosos, necesarios para el funcionamiento adecuado del hospital. Una fachada señorial diseñada por los señores de la Hidalga, con cantera de Chiluca y recinto, un reloj con campana sonora. (García Irigoyen, 2004).

En noviembre de 1895, por acuerdo del Ministro de Gobernación general Manuel González Cosío, el Dr. Eduardo Liceaga y el Ing. Roberto Gayol Soto, fueron comisionados para presentar el proyecto de un Hospital General cerca de la ciudad. El 22 de noviembre, se expidieron los nombramientos del Dr. Liceaga y el Ing. Gayol. El 7 de diciembre se presentó el Proyecto y el 22 un informe preliminar, el que se discutió con el Consejo Superior de Salubridad así como los planos de 1890.

En el lapso de 1902 a 1905 se adquirió el material médico y los equipos procedentes de Europa. Desde 1903, en el Hospital de Maternidad e Infancia, funcionaba una Escuela de Enfermería y una de farmacia para cubrir las necesidades del moderno nosocomio. En 1905 el Diario Oficial de la Federación publicó el Reglamento del Hospital General. El domingo 5 de febrero de 1905, el Dr. Eduardo Liceaga esperaba la llegada del Presidente de la República, del gabinete y el cuerpo diplomático, para ver realizado su sueño más caro: dotar a la ciudad de México de un Hospital General digno, totalmente equipado. Antes de las 10:00 a.m. llegó al nosocomio la comitiva presidencial, el general Díaz y su esposa, los ministros de Estado y el cuerpo diplomático. (op. cit).

Se creó la Unidad de Recuperación y Terapia Intensiva, se reconstruyeron: el Pabellón 7 de Ortopedia y Cirugía Plástica y Reconstructiva; la Unidad de Urología y se construyó el auditorio "Aquilino Villanueva". En junio de 1963, se inauguró la Unidad de Pediatría, en ese año se terminaron las obras del Pabellón 28 de Infectología, el Edificio de Consulta Externa y el Pabellón 8 de Cirugía General. Se construyó un depósito para agua, el que proporcionaría al hospital el vital líquido, se remodelaron la cocina, el comedor y la farmacia, se construyeron baños generales para los enfermos. En la década de los setenta se construyó el Quirófano Central, provisto de nuevo instrumental, mesas de operaciones, iluminación y aparatos de anestesia. En esa época las intervenciones quirúrgicas de ginecología se realizaban en los Pabellones de Cirugía General, se practicaban histerectomías tanto por vía vaginal como abdominal, la cirugía radical de cáncer, entre otras. (Solominos Palencia, León Portilla y cols. 2004)

En 1976, el Dr. Vicente García Olivera fundó la Clínica del Dolor, con autorización del Director General, Dr. Francisco Higuera Ballesteros. En abril de 1998, se inauguró la Unidad de Ginecoobstetricia, cuando era Presidente de la República, Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), el Jefe de ese servicio fue el Dr. Antonio Carrillo Galindo. Nuestra *alma mater* había renacido, su vida ha sido fructífera y plena de éxitos, en algunas ocasiones de inmensa tristeza, como ocurrió el 19 de septiembre de 1985 con el terremoto que destruyó el hospital y gran parte de la ciudad. En la actualidad; La población atendida es representativa de las capas más desprovistas de la sociedad, es decir aquéllas que carecen de cualquier tipo de seguridad social. Sus enfermedades corresponden a lo que el maestro Alejandro Celis calificó en 1971 como patología de la pobreza: Infecciones, neoplasias en estados avanzados, abscesos hepáticos amebianos, rabia, cirrosis hepática alcohólica-nutricional y más recientemente el SIDA y el cólera, (op. cit)

Algunos pabellones cuentan con 80 ó 100 camas, entre los que podemos mencionar los Servicios de Oncología y Pediatría, esta capacidad instalada en estos dos servicios son mas grandes muchos de los Hospitales Generales del país. (Pagina del hospital general de México. 2008)

La institución sigue marcando rumbos en aspectos asistenciales, preventivos y Rehabilitatorios. La Clínica del Dolor, la Clínica del Tabaquismo, la unidad de Ingeniería Biomédica y el Centro Nacional de Displasias, son servicios que expresan el interés por continuar con los avances de la medicina.(op. cit)

La Bibliothemeroteca es la más importante de las que existen en los Hospitales de la Secretaría de Salud. Recibe más de 200 revistas médicas periódicas por suscripción, y Alberga los acervos de la Sociedad Médica Franco Mexicana y de la representación en México de la Organización Sanitaria Panamericana. (op. cit).

Actualmente en la institución existen convenios de colaboración académica con la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, Universidad La Sallé, Universidad Panamericana, Universidad Anáhuac, entre otras instituciones de enseñanza superior (op. cit).

El Hospital General de México es el mejor ejemplo de un hospital escuela y durante mucho tiempo fue el Hospital Escuela de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la actualidad más de dos mil alumnos de pregrado, estudiantes de medicina, de odontología, de trabajo social y de enfermería acuden diariamente a sus servicios y aulas para tomar cursos y recibir entrenamiento clínico. (op. cit)

En la actualidad las especialidades médicas han surgido como resultado del vertiginoso avance de las ciencias biomédicas, un especialista es aquel médico que al egresar de una licenciatura en base a su vocación y afinidades explora de una manera más minuciosa una área específica de la medicina.(pagina de salud 2008)

Los institutos nacionales de salud y los Hospitales Federales de alta especialidad son el reflejo de esta súper especialización en los servicios de salud y muestran en gran medida de aspiración social de un México cada vez más sano. Sin embargo, una de las quejas más frecuentes a este esquema de mediana especialidad es la atención del medico con el paciente; esto podía deberse a una falta de ética medica y el no apego a sus lineamientos, pero también a problemas de tipo

institucional y por consiguiente laboral que afecta la vida emocional del Médico (como el Síndrome de Burnout) y por consiguiente la calidad en la atención a los pacientes. (Op. cit)