



UNIVERSIDAD DON VASCO A.C.

Incorporación No. 8727-25
A la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL ÁREA DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE
URUAPAN**

Tesis

que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

presenta:

Jesús Alberto Nava Méndez

ASESOR:

Lic. Ruth Talavera Flores

Uruapan, Michoacán, 20 de agosto de 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

A la vida llena de éxitos, a mi familia y amigos.

AGRADECIMIENTOS

A mis papas, por apoyarme incondicionalmente, a mi mama por ser un pilar lleno de amor y comprensión, a mi papa por no dejarse vencer ante la adversidad y por enseñarme a luchar y salir adelante.

A mis hermanos, por estar conmigo y por que simplemente, los quiero.

A mis profesores, por compartir su conocimiento, sus experiencias personales, sobre todo agradezco por siempre estar dispuestos a enseñar. De manera especial agradezco a la Lic. Ruth Talavera, por guiarme y ser una excelente asesora, gracias.

El destino nos pone personas llenas de conocimiento, de entrega y de compromiso, gracias Lic. Psic. Lourdes Nava, Lic. Socorro Tungüi y Lic. José Jesús González.

Agradezco a la vida que puso frente a mí a grandes amigos, que siempre estuvieron y estarán disfrutando de mis logros y me seguirán apoyando en mis oportunidades de crecimiento, gracias por ser parte de mi vida. ¡Gracias a todos!

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Hipótesis	6
Justificación	7
Marco de referencia	10

CAPÍTULO 1. ANSIEDAD

1.1 Concepto de ansiedad	13
1.2 Signos y síntomas como manifestación de la ansiedad	17
1.3 Clasificación de la ansiedad según el DSM-IV	20
1.3.1 Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia de acuerdo con el DSM-IV	23
1.3.2 Criterios para el diagnóstico de agorafobia según el DSM-IV	23
1.3.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV	24
1.3.4 Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV	25
1.3.5 Criterios para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia según el DSM-IV	26
1.3.6 Criterios para el diagnóstico de fobia específica según el DSM-IV	26
1.3.7 Criterios para el diagnóstico de fobia social según el DSM-IV.	27
1.3.8 Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV	28

1.3.9	Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV	30
1.3.10	Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo según el DSM-IV	31
1.3.11	Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV	33
1.3.12	Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica según el DSM-IV	34
1.3.13	Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias según el DSM-IV	35
1.4	Tratamiento para la ansiedad	36
1.5	Emoción y género	44
1.5.1	Prejuicios por razón de género	45
1.5.2	Manifestación de emociones	46

CAPÍTULO 2. EL PACIENTE HOSPITALIZADO

2.1	Características del paciente hospitalizado	48
2.2	Estados de ánimo durante la hospitalización	54
2.2.1	Consecuencias psíquicas para el enfermo	56
2.2.2	Depresión	61
2.3	Influencia de la familia en el paciente hospitalizado	64
2.4	Enfermedad como duelo	67

CAPÍTULO 3. ESPECIALIDADES MÉDICAS

3.1	Medicina interna	71
3.1.1	Diabetes mellitus	72

3.1.2	Enfermedad vascular cerebral	74
3.1.3	Insuficiencia cardíaca	76
3.1.4	Insuficiencia renal crónica	77
3.2	Cirugía general	79
3.3	Ortopedia y traumatología	80

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1	Descripción metodológica	83
4.1.1	Enfoque cuantitativo	83
4.1.2	Investigación no experimental	85
4.1.3	Diseño transversal	86
4.1.4	Alcance descriptivo	86
4.1.5	Instrumentos para recolección de datos	87
4.1.5.1	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	87
4.1.5.2	Mediciones fisiológicas	89
4.2	Población y muestra	90
4.2.1	Descripción de la población	90
4.2.2	Descripción del proceso de muestreo	91
4.3	Descripción del proceso de investigación	92
4.4	Análisis de resultados	94
4.4.1	Nivel de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan en función del área de hospitalización	94
4.4.2	Nivel de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan en función del género	97

4.4.3 Niveles de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan tomando como indicador los signos vitales .	99
Conclusiones	101
Bibliografía	106
Hemerografía	109
Otras fuentes de información	110
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo establecer los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados. El estudio se realizó en el Hospital General Dr. Pedro Daniel Martínez en la ciudad de Uruapan, Mich.

La investigación es de tipo no experimental, descriptiva y de un diseño transversal. Se aplicó el test de Ansiedad Rasgo-Estado a 50 pacientes internados, con al menos dos días de haber sido hospitalizados, de ellos 46% fueron mujeres y 54% hombres. Además de la aplicación del test antes mencionado se registraron la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

El estudio arrojó que, durante la hospitalización la persona puede adaptarse a la experiencia que representa el ser hospitalizado y que el nivel de ansiedad puede mantenerse normal durante la misma.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enfoca al análisis de los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital General Dr. Pedro Daniel Martínez, de Uruapan, Michoacán. Para lo cual es necesario brindar inicialmente un marco general de los estudios previos acerca de la variable indicada.

Antecedentes.

El psicólogo actual en su interés por descubrir nuevas aportaciones a la psicología en el estudio de la ansiedad, se ha dedicado a la investigación sobre las causas más comunes que desencadenan niveles notorios de ansiedad, tal es el caso de autores como Abulí y otros (2003), quienes realizaron una investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Trabajaron con pacientes del servicio de Medicina Interna previamente identificados por presentar síntomas de ansiedad.

El estudio se realizó en España con 260 personas, la media de edad fue 64.1 años. La muestra estuvo integrada por 33.8% de mujeres y 66.2% de varones. En esta población de estudio se encontró que la ansiedad estaba presente en un 39.8% de las mujeres y en un 21.5% de los varones, y la depresión en el 31.8% de las mujeres y 16.3% de los varones. Los pacientes que manifestaban ansiedad tenían peor conocimiento del diagnóstico médico, y los deprimidos, más edad, menor

escolarización y más deterioro físico. Los pacientes con sensación de mayor gravedad presentaban valores más altos de ansiedad y depresión en todos los cuestionarios. Como conclusiones encontraron una alta prevalencia de ansiedad en los pacientes hospitalizados, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría.

Por otro lado, en el estudio realizado por Hernández y otros (2005), en relación con trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna con una muestra de 406 pacientes, 203 hombres y 203 mujeres, de los cuales la edad media correspondía a 56 años, se encontró que un 26% de las mujeres y 13% de los hombres tenían trastorno de ansiedad. 15% de las mujeres y 6% de los hombres presentaron fobias específicas, el 7% de las mujeres y el 4% de los hombres tenían ansiedad generalizada, 5% de los hombres y un 0.5% de las mujeres manifestaron agorafobia, un 3% de las mujeres y el 0.5% de los hombres con fobia social, el 1% de hombres y un 0.5% de las mujeres, trastorno de pánico y el 0.5% de las mujeres tenían estrés postraumático. El 43% de las mujeres y el 34% de los hombres no tuvieron otra enfermedad psiquiátrica. Finalmente se concluyó que una alta proporción de pacientes hospitalizados tienen trastornos de ansiedad, que una vez que se identificaron se puede ayudar a tratar tanto a éstos como a las molestias médicas.

Existe otro estudio llevado a cabo por Grau y cols. (2007), con el objetivo de estudiar la evolución de la ansiedad y depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna; se utilizó un estudio longitudinal observacional.

A los pacientes en cuyo caso se detectó ansiedad o depresión, mediante el cuestionario “Hospital Ansiedad y Depresión” (HAD), desarrollado originalmente por Zigmond y Snaith en 1983, se les aplicó dicho cuestionario en el cuarto día de estancia hospitalaria, se les dio seguimiento durante dos meses sin que recibieran psicofármacos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 38 pacientes cuya edad media era de 62.2 años presentaron ansiedad (22 de ellos varones), y 35 pacientes con una edad media de 68.6 años, manifestaron depresión (22 de ellos varones). La ansiedad previa al ingreso y un menor nivel de estudios se asociaron con persistencia de ansiedad; en el caso de la depresión, el perfil de los sujetos de estudio incluyó una edad de 70 años o más, sexo femenino y estudios de primaria. Este estudio permitió a los autores concluir que la sintomatología persiste en más de la mitad de los pacientes. La valoración del HAD previo al inicio puede ayudar a decidir la prescripción del tratamiento.

Planteamiento del problema.

En la vida cotidiana, las personas se enfrentan a situaciones que pueden causar diversos tipos de conflictos y éstos, a su vez, condicionar algún tipo de ansiedad, que puede ir desde favorecer estados de alerta y concentración para lograr objetivos, hasta estados en los que se torna patológica, así como lo refiere Oblitas y cols. (2006), la ansiedad es una experiencia que todo ser humano experimenta en mayor o menor medida, que ayuda para actuar ante situaciones de amenaza y que favorece el rendimiento. Por el contrario, cuando los niveles se exceden, impiden el adecuado funcionamiento del individuo, lo paralizan o le provocan que evite enfrentarse a la situación amenazante.

En el caso de los pacientes hospitalizados, enfrentarse a situaciones desconocidas les produce un estado de alarma, que por su condición física se traduce en ansiedad, puesto que “los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de ‘nervios’. Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales del individuo, [...] el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de éste.” (Oblitas y cols.; 2006: 165).

El nivel de ansiedad durante la estadía hospitalaria, como se ha visto en las investigaciones previamente señaladas, es un factor que debe ser tomado en cuenta por el personal de salud, con la intención de auxiliar a los pacientes que presenten síntomas de dicho padecimiento, así como diferenciar entre los signos asociados a un padecimiento médico y los originados por la ansiedad que produce la

hospitalización. Asimismo, es conveniente educar al paciente mismo, para que logre diferenciar dichas manifestaciones en cualquiera de los casos.

Objetivos.

La presente investigación estuvo regulada por las directrices que se enuncian a continuación.

Objetivo general:

Establecer los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez.

Objetivos particulares:

1. Definir el concepto de ansiedad.
2. Describir las características de la hospitalización.
3. Describir las características de las distintas especialidades médicas.
4. Conocer el nivel de ansiedad en los pacientes internados del Hospital Regional de Uruapan, Dr. Pedro Daniel Martínez, en función del área de hospitalización.
5. Determinar los niveles de ansiedad de los pacientes recluidos en el Hospital Regional de Uruapan, Dr. Pedro Daniel Martínez, en función del género.

6. Señalar el nivel de ansiedad general de pacientes internos del Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez con base en las mediciones fisiológicas (presión arterial y frecuencia cardiaca).

Hipótesis.

Durante el desarrollo del presente estudio, se corroborará alguno se los supuestos siguientes:

Hipótesis de trabajo:

El promedio del nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital Regional de Uruapan se encuentra por encima del puntaje normal.

Hipótesis nula:

El promedio del nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital Regional de Uruapan no se encuentra por encima del puntaje normal.

Justificación.

Las personas que se encuentran hospitalizadas están sometidas a una serie de agentes estresores, tales como la realización continua de estudios de laboratorio y procedimientos médicos en los cuales es posible que aumente el nivel de ansiedad, por ello, resulta importante identificar la presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados, así la manera en que dicho padecimiento puede llegar a perjudicar su estadía.

La presente investigación puede ser de utilidad para los pacientes que son internados en un hospital debido a que los niveles de ansiedad pueden ser observables y medibles a través de los síntomas físicos como la presión arterial, que en base a Guyton y Hall (2001) en el adulto joven normal, la presión sistólica es de aproximadamente 120 mm Hg y en el más bajo, la presión diastólica, de aproximadamente 80 mm Hg. Mientras que el adulto mayor, la presión arterial es de 140/90 mm Hg. Y ésta se obtiene cuando “el médico determina la presión sistólica y diastólica mediante métodos indirectos, habitualmente mediante el método auscultatorio” (Guyton y Hall; 2001: p. 189), “se coloca un estetoscopio sobre la arteria antecubital y se infla el manguito de presión arterial alrededor de la parte superior del brazo...cuando la presión del manguito es lo bastante alta como para ocluir la arteria durante una parte del ciclo de la presión arterial”, lo que permite escuchar un sonido con cada pulsación.

El estudio aportará resultados que pueden ser utilizados por el personal de salud que labora en el Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez, con el fin de identificar, manejar y en el último de los casos, canalizar a personas hospitalizadas que manifiesten síntomas de ansiedad; puesto que continuamente llegan personas que requieren ser internadas y éstas no sólo presentan síntomas físicos, sino también una serie de manifestaciones emocionales desencadenadas por la hospitalización. En esta situación, las personas encargadas del servicio podrán identificar de una manera clara a un paciente con ansiedad; éste, a su vez, se percatará de los signos y síntomas de la ansiedad durante su estancia hospitalaria a través de herramientas diseñadas para tal fin.

La importancia de estudiar el fenómeno de la ansiedad dentro de un hospital radica en múltiples aspectos, uno de ellos es que tal hecho se presenta de manera común en algún momento de la vida de una persona; otro de mayor relevancia es la pertinencia que representa para el psicólogo, el cual forma parte del gran número de profesionales de la salud que ejercen su labor en el medio hospitalario. Se debe considerar que el ingreso de un enfermo en un hospital, además de la problemática acumulada por su diagnóstico y tratamiento, acarrea consigo la realidad psicosocial del paciente, ante la cual el hospital pueda no estar preparado para satisfacer las necesidades psicológicas de los enfermos. Desde este contexto, el psicólogo puede aportar conocimientos y técnicas que ayudan a mantener un equilibrio emocional, cognitivo y fisiológico en el paciente.

La investigación, con base en un sustento teórico, reafirmará las teorías que algunos autores han desarrollado de acuerdo con diversos supuestos y factores, además de contribuir a la profundización del tema.

Marco de referencia.

El Hospital General de Uruapan, Mich., Dr. Pedro Daniel Martínez se encuentra ubicado al suroeste de la ciudad de Uruapan, y localizado en el Km. 1.5 carretera a Tejerías, en la Colonia San Francisco, Uruapan.

Debido a que la población mexicana en la década de los noventa carecía de servicios médicos, sobre todo en zonas rurales y marginadas, surgió el proyecto de construir un hospital que pudiera dar respuesta a las necesidades de salud que presentaba la población indígena de la meseta Purhépecha y de los municipios cercanos a la ciudad de Uruapan, según refieren García y cols. (2004). En 1990, dentro del proyecto gubernamental denominado Programa Nacional de Solidaridad, se llevaron a cabo las primeras gestiones y propuestas para construir un hospital de 2º nivel en Uruapan, Michoacán.

Una vez aprobado el proyecto, fue donado un terreno de 15,000 m² de extensión en el fraccionamiento San Francisco Uruapan, sobre el cual se inició en enero de 1991 la construcción de dicho hospital; se erigió en dos plantas, abarcó un área de construcción de 8,000 m².

Finalmente, el 17 de junio de 1993, siendo presidente de la República el Lic. Carlos Salinas de Gortari, y en compañía de otras reconocidas personalidades, se inauguró dicho hospital. Inició sus actividades de consulta externa el 1º de julio de 1993, aunque fue terminado hasta el 31 de septiembre de ese año.

El servicio de hospitalización se brinda desde el 1 de noviembre del mismo año, entonces contaba con sólo 60 camas en el ala poniente del edificio.

Para diciembre de 1994, se integraron otras especialidades básicas a la institución como: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología, Oftalmología, Estomatología, Otorrinolaringología, Neurología, Traumatología y Ortopedia.

En el año de 1995, y debido a la gran demanda de atención, se incorporaron las especialidades de Urología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Máxilofacial, Psicología, Nutrición y Hematología.

Actualmente continúan vigentes los servicios en todas las especialidades antes mencionadas y se agregaron a ellos las de Oncología, Clínica de Displasias, Clínica de Obesidad, Cirugía Pediátrica, Cirugía Laparoscópica, Clínica de Mama y Servicio de Procuración de Órganos.

La plantilla inicial de Recursos Humanos fue de 148 personas. La Dirección estaba a cargo del Dr. Sergio Hidalgo Ramírez; la subdirección del Dr. Fermín Jiménez Dávila y la Jefatura de Enseñanza, del Dr. Enrique Ortiz de Montellano, quien el 1º de marzo de 1994 fue relevado por el Dr. Alejandro R. Sánchez Iriarte. Actualmente el Hospital cuenta con diferentes Jefes de Área.

El día 3 de agosto de 1995, se distingue y certifica esta institución hospitalaria por la UNICEF, al darle la asignación de “Hospital Amigo del Niño y la Madre”. El 28 de julio de 2004 el hospital recibió su Certificado de Calidad como Institución de Salud.

La investigación se realizó con personas internadas en el servicio de Hospitalización adultos, la cual es un área médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada su diagnóstico y tratamiento. Entre las especialidades médicas se encuentra la de Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Urología, Neurología, entre otras. Las primeras tres cuentan con la mayor población de acuerdo con el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (2008). La muestra se seleccionará con base en aquellos pacientes que tengan dos días de estadía hospitalaria, sin importar el motivo de ésta. Se trabajará con ambos géneros, en un rango de edad de 25 a 65 años.

CAPÍTULO 1

ANSIEDAD

En este capítulo se hablará sobre la función de la ansiedad, los factores que inciden para su incremento, y el proceso que eventualmente puede convertirla en patológica, así como una clasificación y descripción de la misma que ayude a entender más claramente este concepto.

1.1 Concepto de ansiedad

En la actualidad el ser humano se enfrenta a situaciones que pueden llegar a ser hostiles, y debido a esto generar en él, ansiedad. De acuerdo con Oblitas y cols. (2007) ésta es un proceso natural que ayuda al individuo a reaccionar de diferente manera de acuerdo con los estímulos del medio ambiente. La ansiedad puede alcanzar diferentes niveles, si éstos se presentan de manera excedida, impiden el adecuado funcionamiento de la persona en su medio ambiente, y si ésta situación no es controlada, se puede volver patológica, en el peor de los casos llega a ser denominada como un trastorno.

Esta falta de capacidad para adaptarse al medio desfavorable está ligada a la estructura biológica y a las experiencias vitales del individuo. Es decir; el aprendizaje juega un papel importante para el manejo adecuado de situaciones que generan ansiedad.

De acuerdo con Guillamón y Baeza (2004), la ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo. Es una respuesta de alerta ante situaciones consideradas como amenazantes. Es un mecanismo universal, esto es, se da en todas las personas; es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función esencial de la ansiedad es movilizar al organismo para mantenerlo alerta y dispuesto a intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o lo perjudiquen. La ansiedad pues, empuja a tomar las medidas convenientes: huir, atacar, neutralizar, afrontar o adaptarse, según el caso y la naturaleza del riesgo. El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante, o bien, por la degradación de estatus o logros ya conseguidos. El ser humano desea lo que no tiene, y quiere conservar lo que ya posee.

Sin embargo, esta acción puede convertirse en una situación que perjudique la salud, cuando este mecanismo de defensa se vuelve anómalo, para ello intervienen factores que fomentan la patología de la ansiedad, como el predisposicional, que se refiere a cuestiones biológicas, componentes genéticos, de personalidad, estilo de vida, y patrones de afrontamiento al estrés, y finalmente el factor ambiental.

Los principios desencadenantes o activadores son situaciones específicas, en las cuales el individuo percibe un hecho como amenazante o peligroso, el cual obstaculiza su integridad y limita la capacidad para mantener los logros obtenidos, que se ven coaccionados.

Los factores de mantenimiento se derivan de la misma ansiedad, las áreas que en un inicio no eran conflictivas son el producto de la afección antes mencionada, lo cual llega incluso a crear fobias.

La combinación de alguno de los factores señalados, provoca la presencia casi inequívoca de un trastorno de ansiedad, pues uno solo de estos factores de manera aislada en la persona no lo generaría. La presencia de factores de riesgo en el sujeto propenso a padecer un trastorno de ansiedad, ligada a estresantes, puede comprometer la capacidad para afrontar y conducir una perturbación de este tipo.

Desde otro punto de vista, Cloninger (2003) citando a Horney, señala que la ansiedad básica se genera desde la infancia en el ser humano, cuando éste se siente desprotegido, aislado e indefenso en un mundo que se percibe como potencialmente hostil para el individuo que no tiene la protección de la madre. Este estado ansioso se va desarrollando a lo largo de la vida y va a determinar la forma de reaccionar de una persona ante situaciones en que le generen tirantez.

Palmero y otros (2002) señalan que la ansiedad como rasgo es una situación determinada por la personalidad, en donde el individuo registra bajos umbrales de dicho estado que le permiten actuar de forma que faciliten la detección de peligros potenciales. La ansiedad también está asociada a esfuerzos que se realizan de manera extraordinaria para diversas tareas, en las cuales se invierte un gasto de energía.

Freud (1917), asume que ansiedad es una reacción a la percepción de un peligro exterior, es decir, de algún daño esperado y previsto. Esta respuesta hace su aparición enlazada al reflejo de fuga y se puede considerar como una manifestación del instinto de conservación. En cuanto a la angustia neurótica, la asume como aquella en la que el peligro no desempeña papel alguno o sólo mínimo, y puede producirse sin causa ninguna aparente y en una forma incomprensible.

Kaufmann (2006) citando a Davison, afirma que muchos teóricos del aprendizaje conciben a la ansiedad como una respuesta interna que es el origen de la conducta, la cual ocasiona que el individuo se aleje de la situación angustiosa.

La ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. Es una reacción emocional a la percepción de peligro, real o imaginario con repercusiones fisiológicas, psicológicas y en la conducta. Ansiedad y temor pueden usarse como sinónimos, sin embargo, el temor se refiere a una amenaza específica y la ansiedad a una no específica, según menciona Kaufmann (2006, citando a Evans, Bruner y Long).

El término ansiedad, de acuerdo con Navas (1998), se refiere a un nivel de síntomas que se relacionan con la experiencia subjetiva de temores cuya causa no es precisada por el individuo, o en caso de existir, es desproporcionada a la magnitud de la amenaza real. Asimismo, la ansiedad es un síntoma universal que ocurre en mayor o menor grado casi cotidianamente en todas las personas y su función es preparar al individuo para la lucha o la huida, opciones ancestrales del ser

humano. Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), definen a la ansiedad como estado y como rasgo. En cuanto a estado, es una condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivas, conscientemente percibidas y generadas por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo; el estado de ansiedad puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. En cuanto a rasgo, el autor define a la ansiedad como diferencias individuales relativamente estables en la propensión presentar dicho sentimiento, es decir, a las diferencias entre las personas que tienen la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes, y con elevaciones en la intensidad de la ansiedad como estado.

1.2 Signos y síntomas como manifestación de la ansiedad

Las manifestaciones, al igual que los síntomas de la ansiedad, se hacen presentes de diversas formas, de acuerdo con Oblitas y cols. (2007) éstos son dos tipos de clasificación: la patológica que está caracterizada por aparecer de manera repentina, generalmente en forma de crisis, mientras que la otra es gradual y duradera.

En la primera, el paciente se siente torpe y con la idea de que algo catastrófico le va a pasar, está acompañada de miedos a sucesos como enloquecer, perder el conocimiento, e incluso aparece la idea de muerte. Existe otro tipo de temores asociados como el marearse, desmayarse o perder el control, estas situaciones generan en las personas la idea de que no van a poder ser ayudados,

por lo cual son víctimas de crisis. Ésta varía de persona a persona: en algunos casos, las manifestaciones de ansiedad son evidentes y en otros, son asintomáticas.

También existen las personas que ante estas situaciones, creen que algo se ha modificado en su organismo o en su entorno, apareciendo de esta manera síntomas vegetativos en diferentes sistemas como el cardiovascular, respiratorio, digestivo, muscular (Oblitas y cols.; 2007). Estas manifestaciones son interpretadas por los sujetos de manera que con ellas confirman la gravedad de su situación. Sin embargo, estas interpretaciones son subjetivas.

Existen casos, según menciona Bobes y cols. (2002), en los que la ansiedad se manifiesta con la sensación de nerviosismo constante, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos o vértigos. A menudo se observa también la sensación de que algo no anda bien consigo mismo y con el entorno.

Cabe destacar que entre los síntomas principales de ansiedad, de acuerdo con los autores antes mencionados, se encuentran la tensión motriz, que hace referencia a manifestaciones como temblor, inquietud y dolores de cabeza. Un segundo síntoma a destacar es la hiperactividad autónoma, en cuyo cuadro se presentan diversos síntomas gastrointestinales, sudoración excesiva, respiración entrecortada y palpitaciones, y el tercer aspecto es la alerta cognoscitiva, en la cual se puede observar una irritabilidad en la persona y por este motivo facilitar su sobresalto ante situaciones cotidianas.

Bobes y cols. (2002), refieren que la duración, intensidad, y frecuencia de la ansiedad, dependerán de las preocupaciones, que son desproporcionadas o subjetivas para las personas, y sobre todo en situaciones temidas por éstas.

Oblitas y cols. (2007) hace referencia a otro tipo de ansiedad patológica, en la que las manifestaciones son menos intensas, pero los síntomas se mantienen de forma persistente en tiempo. Este autor expresa que las manifestaciones somáticas sobresalen de los diferentes tipos de ansiedad, lo cual tiene como consecuencia taquicardias, palpitaciones y presión en el área del pecho, esto corresponde al sistema cardiovascular. El sistema respiratorio también sufre consecuencias, tales como hiperventilación, que es un mecanismo compensatorio por la supuesta insuficiencia respiratoria. Otro sistema que se ve afectado es el gastrointestinal, en el cual aparecen espasmos faríngeos, aumento de la salivación o resequedad en la boca, flatulencias y diarreas o estreñimiento. Los síntomas neurológicos también son frecuentes y entre ellos aparecen dolores y temblores.

En el aparato urinario se pueden presentar poliurias y dolores pélvicos. En lo que respecta a la piel se nota un exceso de sudoración y se puede llegar a ruborizar. La sintomatología mencionada va en la mayoría de las ocasiones acompañada de agitación motriz, al igual que se puede observar transitoriamente un incremento en la presión arterial de la persona. “A nivel bioquímico se detectan elevaciones de cortisol, adrenalina y noradrenalina en la sangre”. (Oblitas y cols.; 2007: 178)

Existen otros procesos en los cuales aparece sintomatología ansiosa secundaria. De acuerdo con Oblitas y cols. (2007) es en el caso de los síndromes de abstinencia, la administración de algún fármaco, el comienzo de algunas infecciones, la anemia aguda posthemorrágica, el embolismo pulmonar, la retención urinaria y el cafeísmo.

1.3 Clasificación de la ansiedad según el DSM-IV

Algunas manifestaciones ansiosas fueron descritas en un inicio por Hipócrates, quien les asignó el término de histeria, pues lo relacionaba con las migraciones del útero, que comprimían los vasos aferentes del cerebro. En el S. XIX se realizó una gran cantidad de descripciones de diferentes trastornos neuróticos y de intentos de clasificación, como el de Morel, en 1860, quien reunió la clasificación de fobias y otras neurosis en la categoría de delirio emocional. Otro de los términos que se dio a los pacientes con ansiedad fue el de neurastenia, en 1868, otorgado por Beard, el cual también incluía a pacientes depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos. (Oblitas y cols.; 2007)

Para el año de 1870, Benedikt describió un cuadro agorafóbico, al que denominó “mareo en lugares públicos”. Un año después, Westphal definió el mismo cuadro como el miedo que se genera ante la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad. En 1892, Oppenheim describe la neurosis traumática, cuyo concepto pasó años más tarde a Freud, quien explica los componentes de la neurosis de ansiedad, y en 1896 Kraepelin establece la categoría de neurosis

psicógena, en la cual incluyó a la psicosis epiléptica, la psicosis histérica y la neurosis traumática. (Oblitas y cols.; 2007)

Ya para 1952, aparece la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en el cual se clasifica la ansiedad en dos tipos: la reacción de ansiedad y la reacción fóbica. Posteriormente, el DSM-II subdivide los trastornos por ansiedad en ocho tipos de neurosis: de ansiedad, histérica, fóbica, obsesivo-compulsivo, depresiva, hipocondríaca, de despersonalización y neurastenia.

En las décadas de 1960 y 1970, cobra fuerza un movimiento neokraepeliniano estadounidense, con el cual aparecen los criterios diagnósticos operativos. Tiempo después adoptado con finalidad clínica. En el DSM-III, (APA; 1980), se deja de lado el término de neurosis, dado que se hace hincapié sobre las connotaciones etiológicas, que en el caso de este término, no habían sido comprobadas. Las neurosis son agrupadas en: fóbicas, de ansiedad y de tipo obsesivo-compulsivo. Se añade un cuadro nuevo que es el estrés postraumático. La neurosis depresiva ahora es parte del grupo de trastornos afectivos. Aparecen ahora tres nuevas categorías los trastornos somatoformes y los disociativos, en los cuáles se incluyeron neurosis histérica e hipocondríaca, y por último los trastornos adaptativos con ánimo ansioso.

En 1987 aparece la edición revisada del DSM-III, que redujo los criterios de exclusión y realizó cambios en los criterios para el diagnóstico. Se incluyó el trastorno por angustia con o sin agorafobia, la agorafobia sin crisis de pánico, la fobia

social, la fobia simple, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y la ansiedad generalizada. Además, se incorporó el estado orgánico de ansiedad.

En el DSM-IV hubo cambios que afectaron el diagnóstico del trastorno por pánico sin agorafobia, los cuales establecieron el registro de apariciones de crisis recurrentes o no esperadas, acompañadas de un mes o más de preocupación acerca de la posibilidad de sufrir nuevos ataques. Además de incluir un criterio en el cual aparezcan síntomas clínicos que causen un deterioro significativo, y se especifican los tipos agudo y crónico en función de la duración de los síntomas.

El trastorno orgánico de ansiedad, aparece entre los trastornos por dicho estado, con lo cual se facilita el diagnóstico diferencial de la categoría de trastorno de ansiedad debido a condición médica general y trastornos de ansiedad inducido por la administración de una sustancia.

Según el DSM-IV, se distinguen doce subtipos de ansiedad: producidos por pánico sin agorafobia, pánico con agorafobia, agorafobia sin antecedentes de crisis de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, estrés agudo, ansiedad generalizada, ansiedad debido a una condición médica general, ansiedad inducida por droga o tóxico y ansiedad no específica.

Esta nueva versión incluye además dos apartados adicionales: el de ansiedad por separación, incluido ente los trastornos diagnosticados habitualmente en la infancia, niñez o adolescencia, y la evitación fóbica limitada al contacto genital con una pareja sexual, clasificado entre los trastornos sexuales.

1.3.1 Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia de acuerdo con el DSM-IV

Estos criterios engloban la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. (APA; 1994)

1.3.2 Criterios para el diagnóstico de agorafobia según el DSM-IV

La aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o relacionada con una situación, o bien, síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados

con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. (APA; 1994)

Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad de carácter significativo, por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a ésta, o se hace indispensable la presencia de un individuo conocido para soportarlas.

Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.

1.3.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV

Es necesaria la aparición de crisis de angustia inesperadas, y que al menos en una de las crisis se haya manifestado de manera continua durante un mes de uno de los siguientes síntomas: inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de ésta o sus consecuencias; y un cambio significativo del comportamiento relacionado con dicho cuadro.

Puede darse el caso en el cual exista una ausencia de agorafobia; adicionalmente, las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno de ansiedad por separación. (APA; 1994)

1.3.4 Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV

Las crisis de angustia inesperadas, que al menos una de las crisis ha permanecido durante un mes con uno o más de los siguientes síntomas: inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de esta condición o sus consecuencias, y un cambio significativo del comportamiento relacionado con dicho padecimiento.

Es necesario tomar en cuenta la presencia de agorafobia, y si las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, por último las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno debido a la ansiedad por separación. (APA; 1994)

1.3.5 Criterios para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia según el DSM-IV

La aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia, implica que nunca se hayan cumplido los criterios de diagnóstico del trastorno antes mencionado. Deberá considerarse que el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito anteriormente, es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica. (APA; 1994)

1.3.6 Criterios para el diagnóstico de fobia específica según DSM-IV

El temor claro y persistente que es excesivo o irracional está desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos; si adicionalmente se considera la exposición al estímulo fóbico, provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos. (APA; 1994)

La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños este reconocimiento puede faltar, en la situación fóbica se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar, lo que provoca comportamientos de

evitación, la anticipación ansiosa o el malestar, los cuales son provocados por la situación temida e interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien, provocan un malestar clínicamente significativo.

La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo, por estrés postraumático, de ansiedad por separación, fobia social, de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo. (APA; 1994)

1.3.7 Criterios para el diagnóstico de fobia social según el DSM-IV

Aparece un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Cuando hay una 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 un suceso.

El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional, y las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos, de tal manera que los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida, interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo. (APA; 1994)

En los pacientes menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses; el miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental; si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en un inicio no se relaciona con estos procesos. (APA; 1994)

1.3.8 Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV

Para este criterio será necesaria la aparición de obsesiones y compulsiones. Las primeras se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan en algún momento del trastorno como inoportunos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos; los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o

bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos hasta que finalmente reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente. (APA; 1994)

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. (APA; 1994)

En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Por ello, las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo, o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas o su vida social. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él, es importante señalar que el trastorno no se deba a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

1.3.9 Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV

Es necesario que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y ante los cuales ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

El acontecimiento traumático es experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: con la aparición de recuerdos recurrentes e intrusos del acontecimiento, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, si existen sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Cuando el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, aparece un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan el acontecimiento traumático. Las respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan el acontecimiento traumático.

Existe una evitación persistente de estímulos asociados al trauma y un embotamiento de la reactividad general del individuo tal y como indican tres de los siguientes síntomas: realizar esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones; evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; la incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma;

la reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

La persona tiene la sensación de desapego o enajenación frente a los demás, al igual que existe una estricción de la vida afectiva y una sensación de un futuro desolador.

Existen también síntomas persistentes de aumento de la activación, tal como indican dos de los siguientes síntomas: dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad o ataques de ira, junto con dificultades para concentrarse; hipervigilancia y tener respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, pueden llegar a prolongarse más de un mes.

1.3.10 Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo

Si la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, junto con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Y si durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres de los siguientes síntomas disociativos: como la sensación subjetiva de

embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional; la reducción del conocimiento de su entorno, la desrealización, despersonalización y una amnesia disociativa.

El acontecimiento traumático es experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de recuerdos recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

Resulta significativo si aparece una evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma, junto con síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación, y si estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia. (APA; 1994)

Dichas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve. Y pueden llegar a tener una duración mínima dos días y un máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático. (APA; 1994)

1.3.11 Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV

La ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses. En la cual al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres de los seis síntomas siguientes: inquietud o impaciencia, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia, pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave, en tanto que la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

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. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a 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.

1.3.12 Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica según el DSM-IV

La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. Por ello, a partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Y van acompañadas de otro trastorno mental, no aparecen en el transcurso de un delirium; provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es necesario especificar si el trastorno se presenta:

- Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.
- Con crisis de angustia: cuando predominan éstas.
- Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

1.3.13 Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias según el DSM-IV

La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro de salud, por ello a partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que los síntomas descritos inicialmente aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente, sólo si el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un tiempo considerable después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y llega a provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.4 Tratamiento para la ansiedad

Para Bobes y cols. (2002) el tratamiento en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada debe ser multidimensional, al tomar en cuenta la psicoterapia y los psicofármacos. La elección del tratamiento debe ser a través del cuadro clínico previamente hecho, al considerar el desarrollo del paciente, el grado de deterioro funcional y los factores etiológicos. Cuando el especialista decide usar el tratamiento farmacológico del niño o adolescente con trastorno de ansiedad es necesario tomar los aspectos anteriores.

Velosa y Riddle (2000) proponen cuatro intervenciones para garantizar el tratamiento de ansiedad: la primera de ellas es educar al niño o adolescente y a sus padres acerca de la enfermedad porque favorece el control sobre la enfermedad y su tratamiento; la segunda es apoyar al paciente y a su familia creando un ambiente seguro y empático; la tercera es entrenar a los padres para que ayuden a sus hijos a enfrentar los episodios críticos, y la última es ayudar a los padres para el manejo de las conductas de sus hijos.

Bobes y cols. (2002), menciona que dentro de la psicoterapia se encuentra la terapia cognitivo-conductual; al utilizarse en personas con trastornos de ansiedad generalizada, se inicia la evaluación con el pensamiento del paciente para identificar los errores cognitivos.

La terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad, descrita por Beck y cols. (1985) tiene como objetivo, mostrar al sujeto las conexiones, entre tales cogniciones, las emociones y las conductas. El segundo punto es adiestrarle para que el paciente sea capaz de identificar en él mismo, pensamientos automáticos negativos y cómo éstos lo afectan emocionalmente. En tercer lugar, se debe enseñar al individuo a modificar dichos pensamientos, por otros que sean positivos y realistas a la vez, mediante un análisis lógico a la evidencia de la situación exterior. Y por último, será necesaria la identificación de pensamientos racionales falsos y negativos, para que pueda perdurar el trabajo terapéutico. El resultado final de este tipo de intervención en el reaprendizaje cognitivo es la adquisición de emociones y de otras conductas adaptadas.

Generalmente la terapia cognitiva se complementa con técnicas conductuales, por ejemplo: las técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales o la resolución de problemas. La primera técnica de respiración controlada y relajación. Bobes y cols. (2002) menciona que un adulto respira normalmente entre 12 y 16 veces por minuto cuando está descansando, por el contrario, una persona que tiene ansiedad manifiesta una respiración forzada, jadeante y acelerada. A este fenómeno se le llama hiperventilación involuntaria, causada usualmente por el estrés; se acompaña de varios signos como mareos, calambres, dolor de cabeza, palpitaciones, sudor frío y sensación de fatiga.

He aquí la importancia de esta técnica: la práctica de una respiración lenta y profunda controla la tensión y reduce la activación psicofisiológica. Esta técnica

propone una práctica regular de tres veces al día, y sobre todo en los momentos de mayor tensión, los pasos a seguir son: interrumpir lo que esté haciendo y sentarse, retener la respiración sin hacer inhalaciones profundas y contar hasta 10, al llegar a 10, exhalar y decirse a sí mismo “tranquilo”. Inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos y decirse “tranquilo”. Por último, después de cada 10 ciclos de respiración, retener la respiración de nuevo durante 10 segundos y reanudar los ciclos de respiración por 6 segundos. Por otro lado la relajación muscular es un medio muy bueno para reducir la tensión, el método de relajación progresiva de Jacobson es el más utilizado, consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares como brazos, caras, cuello tronco, y piernas. Jacobson expresa que al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y relajación, es la manera adecuada para que el paciente aprenda a relajarse (citado por Bobes y cols.; 2002)

Echeburúa (1993) menciona que los pacientes ansiosos tienden a focalizar la atención en los problemas que los aquejan, pues éstos son percibidos por la persona como hechos abrumadores e incontrolables. La atención excesiva en uno mismo, la fatiga y la desmotivación son el resultado de la ansiedad.

Por ello, es necesario involucrar al paciente en actividades lúdicas y de recreación social que le permitan crear expectativas positivas, y reducir por consecuencia su grado de ansiedad. Asimismo, proponer actividades externas que ayuden al individuo a encontrar nuevas situaciones y a romper malos hábitos.

Jacobson (citado por Bobes y cols.; 2002) propone algunos ejercicios como cerrar y apretar las manos, para notar la tensión, abrir, soltar poco a poco y distinguir las sensaciones entre tensión y relajación. En brazos (bíceps), doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente. En brazos (tríceps), estirarlos hacia delante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos. En la frente, subir las cejas, notar la tensión, soltar y relajar. En el entrecejo, fruncirlo y soltar despacio, en los ojos desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo, soltarlos y relajarlos. En las mandíbulas, sonreír de manera forzada, soltar y relajar. En los labios, apretarlos, soltar y relajar. En el cuello, girar a la derecha, a la izquierda, adelante atrás soltar y relajar. En los hombros, subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos. En el tórax sólo respirar lentamente. En el estómago, contraer hacia adentro y hacia fuera, soltar y relajar, respirar lentamente. En las nalgas, contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar. En las piernas, subir la derecha con la punta del pie hacia la cara, soltar y relajar igual en pierna izquierda.

La terapia cognitiva, según mencionan Bobes y cols. (2002; citando a Butler y otros), es de larga duración, al menos de veinte sesiones, y de compleja aplicación. Por ello, alterno a este enfoque, se han desarrollado estrategias más cortas y menos elaboradas, en las cuales se incluyen autoinstrucciones y la distracción cognitiva, y se han obtenido resultados igualmente satisfactorios,

De acuerdo con Scholten (2004), la terapia psicodinámica, es el nombre general para un número de terapias que ayudan a los pacientes a sacar a la superficie sus sentimientos inconscientes. Esta forma de terapia puede ayudar a los

pacientes a entender y eventualmente controlar los sentimientos inconscientes que influyen en su vida diaria.

Bobes y cols. (2002) refieren que los tratamientos más utilizados han sido la terapia de juego y el psicoanálisis infantil clásico. En niños con trastornos de ansiedad generalizada resulta apropiada una aproximación psicodinámica con el objetivo de entender sus miedos y preocupaciones. Los padres forman parte del tratamiento integral, se les ayuda a comprender las necesidades de reafirmación de sus hijos y se les enseña a que sean responsables y a que su comportamiento sea independiente de acuerdo con su edad.

Mientras que para el tratamiento con adultos, Scholten (2004) menciona que la terapia psicodinámica es una rama del psicoanálisis, un enfoque más intenso y conservador que lleva los problemas de los adultos de regreso a la infancia. Como con el psicoanálisis, los terapeutas que practican las psicodinámicas, a veces ven la educación de sus pacientes y los conflictos particulares que tienen con sus padres, estos conflictos se reflejan en las personas en la vida adulta, a menudo causan los mismos problemas que surgieron en la infancia.

En el tratamiento psicofarmacológico se puede encontrar el uso de las benzodiazepinas, pues en algunas investigaciones se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los niños o adolescentes con trastornos de ansiedad excesiva o de ansiedad generalizada.

Tal es el caso de la investigación realizada por Hales y Yudofsky (2005; citando a Simeon y Ferguson), quienes realizaron un estudio para evaluar la eficacia del alprazolam en el tratamiento de trastornos de ansiedad generalizada, se comprobó una mejoría significativa de la ansiedad, lo cual demostró que el alprazolam es apropiado en el tratamiento de ansiedad generalizada.

Por otro lado, Velosa y Riddle (2000) consideran que las benzodiazepinas deben ser utilizadas en el tratamiento de ansiedad infantil sólo cuando otras alternativas farmacológicas no han funcionado, ya que aquéllas generan dependencia. Los efectos secundarios que provocan las benzodiazepinas en los niños o adolescentes son: somnolencia, cefaleas, náuseas, fatiga, ataxia y disartria.

También pueden provocar irritabilidad, agresividad, hiperactividad y desinhibición. Si se llega a elegir este tratamiento, la dosis debe emplearse de manera gradual hasta que llegue el momento de retirarla, lo cual debe hacerse lentamente para no provocar síndrome de abstinencia, la cual ocurre en los adultos y se manifiesta como insomnio, nerviosismo, síntomas gastrointestinales, dificultades de memoria y convulsiones, sólo por mencionar algunos.

Otro fármaco importante en el tratamiento de ansiedad generalizada en niños o adolescentes, es la buspirona. Hanna y cols. (citados por Bobes y cols.; 2002) hacen referencia a los estudios realizados con la buspirona. Con su uso, los síntomas de ansiedad desaparecieron y mejoró así la ingesta de alimentos. En la práctica clínica se recomiendan dosis de 0,2 a 0,6 mg/kg/día, hasta un máximo de 20

mg/día en prepúberes y de 60mg/día en adolescentes. El efecto puede tardar entre dos y cuatro semanas en hacerse evidente y sus principales efectos secundarios son náuseas, cefaleas, insomnio, cansancio y mareo.

Bobes y cols. (2002), mencionan que algunas investigaciones sugieren la eficacia de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de niños con trastornos de ansiedad. Primeramente se realizaron estudios con la fluoxetina en 5 niños con trastorno de ansiedad y tras seis semanas se comprobó una mejoría de la ansiedad en todos ellos. La dosis que se utilizó de fluoxetina fue de 25,7 mg/día (entre 10 y 60mg/día), los efectos secundarios fueron leves y transitorios.

Por otra parte, la paroxetina es muy eficiente en los trastornos de ansiedad generalizada tanto en niños como en adolescentes. Finalmente, se ha comprobado la eficacia de la fluvoxamina en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, los jóvenes tratados experimentaron una notable reducción de los síntomas de ansiedad. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) deben considerarse importantes para el tratamiento de ansiedad en niños y adolescentes dada su eficacia y seguridad. Los efectos secundarios que pueden provocar son cefaleas, mareos, insomnio, anorexia, dolor de estómago y nerviosismo, aunque por eso no es necesario suspender el tratamiento.

Para el empleo de los ISRS en los trastornos de ansiedad infantiles, se recomiendan dosis de 5-10mg/día de fluoxetina y después incrementarla, según la tolerancia del paciente. Es importante observar la aparición de signos de activación de agitación o impulsividad. El fármaco puede provocar síntomas de abstinencia como mareos, náuseas, cefalea y alteraciones sensoriales, si esto pasa, la suspensión del tratamiento debe hacerse cuidadosamente.

Novel y cols. (2005) mencionan que la valoración del paciente que presenta ansiedad como una reacción frente a un estímulo indefinido, debe realizarse de acuerdo con las características individuales de las personas, de su enfermedad y de la situación y problema al que enfrenta. Para realizar dicha valoración se deben de tomar en cuenta, algunos de los siguientes aspectos.

1. Nivel de ansiedad del paciente, mediante la evaluación de los factores que causan ansiedad en el paciente, la exploración de sus pensamientos y sentimientos y la existencia de síntomas físicos indicativos de ansiedad.
2. Estrategias de afrontamiento personal, al valorar la capacidad de la persona para hacer frente a situaciones de ansiedad. También se tienen que identificar los mecanismos defensivos que la persona utiliza para afrontar la situación actual.
3. Identificar la existencia o ausencia de personas-recursos que puedan proporcionar apoyo suficiente, así como los recursos disponibles existentes en su entorno más inmediato.

4. Revisar el propio nivel de ansiedad, mediante la identificación de los pensamientos y sentimientos que se están estimulando en la interacción con el paciente.

1.5 Emoción y género

Las enfermedades mentales se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad. En algunos de los casos, los médicos identifican a menos de la mitad de aquellas personas que reúnen los criterios necesarios para que les sea diagnosticado un trastorno psicológico.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2005), el género determina de manera fundamental la salud y las enfermedades mentales. Se ha prestado más atención a la proporción asociada con las enfermedades mentales que a los determinantes específicos de cada género y a los mecanismos que promueven y protegen la salud mental.

El género establece el poder y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes como depresión, ansiedad y quejas somáticas. Estos trastornos afectan a uno de cada tres. Tienen un predominio en las mujeres, lo cual representa un problema para la salud pública.

Otro trastorno común es la dependencia al alcohol, la cual prevalece durante toda la vida y es más de dos veces superior entre los hombres que entre las mujeres. Otra diferencia entre género es que las posibilidades de que a los hombres les sea diagnosticado un trastorno de personalidad antisocial son tres veces mayores que las de las mujeres.

1.5.1 Prejuicios por razón de género

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2005), cuando se refiere a tratamientos de tipo psicológico existen prejuicios determinados por el género.

Este prejuicio ha sido visible en el área médica, los médicos tienen mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres, aunque muestren resultados similares a la hora de medir la depresión o presenten síntomas idénticos.

Existen diferencias de género respecto a los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno psicológico. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de atención primaria de la

salud, mientras que existen más probabilidades de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en salud mental y sean hospitalizados.

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de revelar que tienen problemas con el consumo de alcohol a los encargados de prestarles servicios sanitarios.

Los estereotipos de género que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres a los problemas con el alcohol parecen reforzar el estigma social y suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda utilizando las vías normales. Por tal motivo, constituyen una barrera para la identificación adecuada y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

A pesar de estas diferencias, la mayoría de hombres y mujeres que sufren dolor emocional y/o un trastorno psicológico no son ni identificados ni tratados por sus médicos.

1.5.2 Manifestación de emociones

Las manifestaciones emocionales son diferentes en cada individuo, sin embargo, a nivel cultural, familiar y de género existen similitudes.

En el caso específico del género, Eisenberg y Lennon (citados por Morris y Maisto; 2001), señalan que en un estudio realizado entre hombres y mujeres,

relacionado con el sufrimiento, los hombres mostraban poca emoción ante tal hecho, mientras que las mujeres expresaban preocupación por quienes sufrían.

Sin embargo, las medidas fisiológicas que se relacionan con la actividad emocional, frecuencia cardíaca y presión sanguínea, señalaron que los hombres y las mujeres experimentaban los mismos sentimientos, sólo que los primeros inhibían su expresión, mientras que las mujeres se mostraban más abiertas emocionalmente.

En otras circunstancias, cuando el hombre se enoja, tiende a pensar que la causa proviene de algo o de alguien relacionado con el ambiente, y ese enojo lo canaliza hacia el exterior, hacia personas, objetos que pueda o no tener que ver con la situación emocional en la que se encuentra, mientras que la mujer introyecta el enojo y puede considerarse como el motivo del problema. Si se toman en cuenta estas reacciones propias de cada sexo, los hombres tienden en mayor proporción a violentarse ante circunstancias de conflicto de la vida, y las mujeres tienden a deprimirse.

CAPÍTULO 2

EL PACIENTE HOSPITALIZADO

En el presente capítulo se describen las características del paciente internado, se da una descripción del concepto de salud, para poder entender el motivo de la hospitalización, se describen los estados de ánimo que pueden aparecer durante la misma, no sólo en el paciente sino también en su familia, la cual ocupa un rol importante durante la estadía en la clínica. Por último se detalla el proceso de la enfermedad como duelo, que encierra aspectos culturales y personales.

2.1 Características del paciente hospitalizado

Para comenzar a hablar sobre el tema de la hospitalización, es necesario primero hablar del concepto de salud, que de acuerdo con Oblitas y cols. (2006), es el bienestar tanto físico, como emocional y social, sin ser exclusivamente un esquema biomédico, el cual abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del individuo. No se considera como la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino que implica el grado positivo de diferentes niveles de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Existen dos puntos de vista al hablar de salud: el subjetivo, que está relacionado con la sensación de bienestar, y el objetivo, que va encaminado con la capacidad de funcionamiento adecuado de la persona.

Brenner y Wrubel (citados por Oblitas y cols.; 2006) consideran que el bienestar, desde un punto de vista subjetivo, implica experimentar salud o darse cuenta de que el organismo funciona de manera adecuada y que no hay deficiencias en el mismo. El bienestar biológico, mental y social, no es producto de la casualidad, sino resultado de la interacción con el ecosistema, la economía y las situaciones sociales, que las personas a lo largo de su vida han ido construyendo.

El concepto de salud de Dubos (citado por Oblitas y cols.; 2006) señala que, es un estado en el cual la persona debe funcionar adecuadamente y estar en las mejores condiciones para poder adaptarse al entorno. El concepto de salud implica varios componentes y está ligado a la interconexión e integración de diversos niveles.

Existe un principio psicofisiológico básico referido por Oblitas y cols. (2006; quienes citan a Green y Green), en el cual señalan que a cada cambio fisiológico se añade otro que implica el componente mental, emocional, consciente o no y viceversa. El individuo constituye una totalidad como sistema, y está en función del mundo que lo rodea, ya que forma parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el mundo, el universo.

La salud es un estado, que al mismo tiempo, se convierte en un proceso dinámico que esta en constante cambio. Ya que continuamente se sufren alteraciones en el medio interno, físico y psicológico. Actualmente la salud no se percibe como algo a conservar, más bien se ha llegado a la necesidad de desarrollarla.

Actualmente se han modificado los conceptos de salud y enfermedad, en los cuales se han integrado los elementos psicosociales como motivo de afección corporal, lo cual puede alterar la vulnerabilidad de las personas ante un proceso patológico.

De acuerdo con Fajardo (1983) en los servicios hospitalarios los pacientes reciben atención por parte de médicos y enfermeras, los cuales están encargados de realizar visita y consulta, en los turnos matutino, vespertino y nocturno, y en ocasiones puede ser extraordinaria, de acuerdo con las necesidades del paciente. La consulta realizada por otros especialistas, también se contempla dentro de la hospitalización, ya que es necesaria la valoración de especialistas y médicos generales según sea la necesidad médica del paciente hospitalizado. Los servicios de internación de un hospital general están divididos en cuatro áreas, las cuales son: pediatría, ginecoobstetricia, cirugía y medicina interna.

Por otro lado, Jeammet y otros (2003), señalan que el hospital es un lugar de cuidados, en el cual existe una asistencia especial para el paciente hospitalizado, pero es también en el hospital en dónde se llevan a cabo investigaciones, que

deberían de ser de interés para la psicología médica, al igual que para poder cuantificar patologías existentes.

La hospitalización enfatiza aspectos importantes que conciernen a la relación del cuidador-cuidado, ésta favorece la armonía de dicha relación durante el tratamiento del enfermo. Éste, durante la hospitalización, vive un aumento de la desigualdad de la relación y del sentimiento de inferioridad y la dependencia. También existe un aumento del aspecto técnico, en donde la atención se centra en la enfermedad, que fragmenta la personalidad, la relación y la comunicación.

La superficie hospitalaria, así como las personas que están a cargo de la atención de pacientes, son aspectos que abruman al paciente. Por lo que en el momento de estar hospitalizado puede llevarlo a experimentar sensaciones ajenas a la enfermedad y por ende incrementar su vulnerabilidad, su desconcierto y sus reacciones ante situaciones estresantes.

Jeammet y otros (2003) han visto que la hospitalización presenta por sí misma condiciones suficientes para elevar el nivel de estrés y también aparece un descontrol emocional del enfermo.

En el momento del ingreso al hospital se ve más claramente la vulnerabilidad del enfermo, las palabras, conductas o actividades que vengan por parte de las personas del servicio pueden herir o por el contrario, hacer que el paciente sienta calma y confianza en el personal que lo está atendiendo.

Algunos de los aspectos que el paciente ve como amenazantes en el momento de la hospitalización son: la preocupación por la enfermedad, la pérdida del contacto con la familia, verse precipitado en un lugar desconocido, la aparición de una urgencia dentro de la hospitalización, mezcolanza, por no hablar sobre los síntomas físicos que le ocasiona la enfermedad.

Para evitar este tipo de situaciones, Jeammet y otros (2003), señalan que se deben seguir tres principios:

- a) Que la relación sea personal, con la finalidad de disminuir la ansiedad que es producida por situaciones desconocidas.
- b) Tener en mente los procedimientos del profesional, es necesario mostrar una actitud coherente y explicar el motivo de los procedimientos que se realizan.
- c) Permitir que el paciente se involucre, aunque sólo sea haciendo preguntas.

La aplicación de estos tres principios lleva a la persona que está cuidando al enfermo a recuperar la confianza, de igual manera, mejorará el desempeño y eficacia del servicio.

Nieto y otros (2004), señalan que dentro de la hospitalización se constituyen dos aspectos observables de la realidad, uno de ellos implica una situación de aislamiento para el paciente, pues está limitado del contacto con su familia, de su entorno social y también está destinado a un espacio reducido, en el cual la mayoría de las ocasiones tiene que ser compartido por otros enfermos.

En segundo lugar, se llega a producir un proceso de estandarización, el cual, señala Coe (1984), es como un desnudamiento, porque al paciente se le desprende de sus ropas y se le da un uniforme hospitalario, se le asigna un número de cama y se le retiran la mayoría de sus objetos personales, lo que hace que pierda su identidad como persona y se convierta en un objeto de asistencia.

Durante la estancia hospitalaria, el paciente también llega a perder la intimidad, por estar sujeto a la disposición del personal que labora en el hospital, y ser objeto de múltiples estudios, los cuales también tienen acceso a la información sobre las circunstancias, con lo que los aspectos reservados se van dejando de lado.

Existe otra característica de la hospitalización que es la inmovilización, que consiste en que el paciente tiene que permanecer la mayoría del tiempo en su cama, por no contar con los espacios suficientes para que pueda andar libremente. A esto, se agrega que el enfermo debe de estar sujeto a un horario de comidas, de visitas, a tiempo de descansos y del aseo.

Por todos estos motivos se va generando una situación de dependencia hacia las personas encargadas del servicio; el personal de enfermería, es el más vulnerable a generar esta subordinación, pues el paciente recurre a ellas en todo momento, a pesar de que su nivel de invalidez sea mínimo.

Suele ocurrir que, durante la estancia hospitalaria, el paciente reciba poca información respecto a su estado de salud, que las explicaciones que se dan sean

mínimas o demasiado técnicas, que no se informe sobre su evolución clínica y de las actividades programadas complementarias. Sin embargo, en los últimos años estas acciones se han mejorado debido a los programas de humanización que se implementan en los hospitales.

2.2 Estados de ánimo durante la hospitalización

Tras haber descrito las características de hospitalización, es importante también dar una descripción de las características psicológicas del paciente hospitalizado, que al enfrentarse a las situaciones antes descritas, despierta en él una serie de cambios emocionales que a continuación se desarrollarán.

Lipowski (citado por Nieto y otros; 2004), indica que en el paciente hospitalizado se observan las siguientes características psicológicas: perturbación emocional del tipo de la ansiedad y la depresión; sentimientos de despersonalización, pérdida, falta de control de la situación, incertidumbre, desvalimiento e indefensión; también existe una dependencia excesiva y un aumento de la regresión como mecanismo de defensa.

Tales alteraciones, pueden aparecer en cualquier tipo de enfermedad, pero es más frecuente su aparición en el ambiente hospitalario. El personal médico está enfocado en el estado de salud física del paciente, sin embargo, las alteraciones psicológicas suelen pasar desapercibidas, de ahí la importancia de darlas a conocer entre los encargados del cuidado del enfermo.

La aparición de estas alteraciones, de acuerdo con Nieto y otros (2004), se debe, por un lado, al tipo de personalidad de cada enfermo, es decir, el nivel de equilibrio emocional previo a la hospitalización, sus mecanismos de defensa más utilizados y, de manera importante, el nivel de tolerancia ante situaciones estresantes, así como la forma en que cada paciente ve la experiencia de hospitalización y las posibles expectativas que tenga sobre ella.

Seligman (citado por Nieto y otros; 2004), refiere que el sujeto hospitalizado se encuentra en una situación de indefinición institucionalizada. Según define el autor, ésta se produce a raíz de la percepción del sujeto ante su situación, en la que se presenta la incontrolabilidad, debido a que la persona cree que los sucesos son independientes de sus respuestas, y que no es capaz de intervenir en el curso de estos acontecimientos, haga lo que haga. También aparece la impredecibilidad, donde el sujeto percibe que los sucesos no se pueden predecir, esto es, que carecen de señales claras que le permitan detectar su aparición.

Parte de las consecuencias de la indefensión la constituye una serie de carencias en la conducta de la persona, lo que se expresa a través de un déficit motivacional, donde hay una disminución de la frecuencia de respuestas; carencia cognitiva, con dificultad para el aprendizaje de respuestas de control; privación emocional, con síntomas de ansiedad y depresión y pérdida de autoestima. Durante el proceso de aparición de los síntomas de la indefensión, surge una situación objetiva, en la que el sujeto percibe la falta de relación entre los sucesos y sus propias respuestas. A partir de esta percepción, el sujeto realizará una atribución de

la no contingencia, atribuirá a una causa el fenómeno; y a partir de esa causa desarrollará nuevas expectativas acerca de que en el futuro se seguirá produciendo esta falta de relación entre el curso de los sucesos y su conducta. De modo que estas expectativas negativas son las que originan los déficits o síntomas antes mencionados.

Por tanto, el hecho decisivo para la aparición de los síntomas no es la situación de incontrolabilidad en sí, sino que la persona la perciba como tal, y a partir de esta percepción, desarrolle criterios que él no puede modificar durante el transcurso de los acontecimientos.

2.2.1 Consecuencias psíquicas para el enfermo

De acuerdo con López y otros (1999), la enfermedad es uno de los acontecimientos amenazantes y angustiantes más importantes. Por eso, cuando enferma un individuo, pone en marcha los mismos mecanismos de defensa que puede implementar ante otras situaciones estresantes. De ellos, los más importantes son los siguientes:

1. Regresión: toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados de terapias de rehabilitación y readaptación, así como estar al cuidado del personal de enfermería favorece el desarrollo de regresión. Se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y

determinación, y retrocede a estadios previos del desarrollo, cuando era pasivo y dependiente de otros.

Jeammet y otros (2003) explican que la regresión es un mecanismo adaptativo, inevitable y universal, cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar en su tratamiento. En consecuencia, el paciente se comporta de manera infantil, y se hace observable cuando aparece una reducción de los intereses.

El enfermo no es capaz de visualizarse y ver más allá, se encuentra en el aquí y en el ahora; es egocéntrico, se centra en su sola enfermedad y no es capaz de darse cuenta que junto a él existen más enfermos, de mayor o menor gravedad que él.

De igual manera, se desarrolla una dependencia del entorno, el enfermo busca la manera de ser atendido y está en busca de alguien que pueda satisfacer sus necesidades, como la alimentación, cuidado o higiene. Aparece también el pensamiento mágico: la creencia de la omnipotencia del médico, de los medicamentos o de la enfermedad.

El segundo aspecto según López y otros (1999) es:

2. Evasión: se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los

deseos, las motivaciones y los impulsos que no se han podido satisfacer por habérselo impedido acontecimientos nocivos y otros obstáculos frustrantes. Muchos enfermos establecidos lo compensan con su instalación en una ingrata realidad; como la construcción de una segunda vida, duramente íntima y subjetiva en aras del pensamiento fantástico.

La evasión al mundo del alcohol y otras drogas constituye la senda preferida por aquellos sujetos, seguramente con una enfermedad encontrada que viven el conjunto de la situación en la que se hallan, como una situación improbable. Esto ocurre con especial frecuencia a los enfermos tuberculosos pulmonares; de aquí que entre estos aquejados haya una gran morbilidad para el alcoholismo. El impacto producido por la absorción de una bebida alcohólica o cualquier clase de droga, constituye una experiencia psíquica de evasión sumamente grata, es decir, el descubrimiento de un nuevo mundo. A partir de la primera experiencia, vienen otras análogas. El impulso al alcohol o las drogas se vuelve incontrolable.

La libertad frente a estas sustancias se volatiliza y gradualmente, el verdadero mundo del sujeto va quedando oculto por el mundo de la evasión constituido sobre el mundo de experimentar los efectos de las drogas o el alcohol. Después, como consecuencia de las alteraciones del organismo, particularmente de las lesiones orgánicas cerebrales, se inicia la progresiva desorganización del mundo y de la personalidad, muchas veces con un carácter irreversible.

3. Agresión: La movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario la culpa de algunos incidentes desfavorables, el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación a cualquier otra circunstancia es frustrante. Los pacientes nunca están satisfechos con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en las clínicas, las instalaciones sanitarias y los hospitales. Los sanitarios encargados de la sección de enfermos deberían recibir una preparación psicológica especial para desalentar desde un principio estas conductas violentas y agresivas.

4. Inculpación: la liberación de mecanismos autopunitivos hace que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos, por lo que trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian, el médico ha de saber dar el cauce adecuado a la comunicación de estos enfermos. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida idónea para solucionar la culpa reactiva de estos enfermos y evitar que culmine en un serio cuadro depresivo o, en caso extremo, en un acto de suicidio.

5. Negación: el individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. Existen evidencias para afirmar que se trata de una respuesta más

común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace normalmente evidente cuando no existe una relación entre la condición física del paciente y la manera en que la cuenta; algunos pacientes la exteriorizan al insistir que se encuentran bien o que su padecimiento es mínimo o nulo. La negación a la enfermedad se produce especialmente por tres vías:

- a) Vía masoquista: se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo.
- b) Vía ganancial: la alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estado del enfermo, sobre todo éstos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.
- c) Vía hipocondríaca: caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

6. Represión y supervisión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificar de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

2.2.2 Depresión

La depresión desde el punto de vista psicoanalítico y de acuerdo con McCullough y cols. (2003), hace referencia a los griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la originaba. Los romanos, por su parte, usaban el vocablo tristitia como una equivalencia de lo antes mencionado.

Los autores cristianos de la Edad Media distinguieron dos tipos de desesperación: la que viene de Dios y la que es de origen terrenal. Pinel, en 1801 describe la melancolía con un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad. Griesinger fue el primero en dar una descripción detallada de ésta, de la misma forma en que la relacionó con algunas otras enfermedades mentales. (McCullough y cols.; 2003)

Kreapelin (citado por McCullough y cols.; 2003) separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo la psicosis a dos decisiones esenciales, maniaco-depresiva y demencia precoz. Dentro del concepto maniaco-depresivo incluyó desórdenes como: melancolía simple, la acompañada de delirio persecutorio, la periódica y la manía simple.

Lange (citado por McCullough y cols.; 2003), fue el primer investigador en mostrar atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir. El término depresión neurótica fue acuñado por Gillespie, quien le añadió el concepto de reacción ante las circunstancias adversas.

A partir de este momento se comenzó a utilizar el término depresión endógena, sustituyendo el término de psicosis maniaco-depresiva.

La primera contribución psicoanalista, según menciona McCullough y cols. (2003), proviene de Abraham, quien en 1911 observó en los casos neuróticos, que algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. El enfermo se siente poco amado, por tanto es incapaz de amar a otro. Se observó que en ellos el odio había estancado la capacidad para amar.

En 1917, Freud señaló que la depresión es la forma de reaccionar ante la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección. El yo comienza a sufrir ideas de reproches y autodesprecio. Este autor sugiere que los autorreproches son en realidad agresiones hacia el objeto de amor, y que se dirigen en oposición al yo del paciente. (Citado por McCullough y cols.; 2003)

Dentro del contexto histórico, Klein y Rado (citados por McCullough y cols.; 2003), hicieron una contribución más minuciosa para la teoría de la melancolía. Destacaron que la persona melancólica depende de otras personas para el mantenimiento de la autoestima, la cual es amenazada por el superyó. Por su parte, Rado (citado por McCullough y cols.; 2003) destaca la tenacidad con la que el paciente dirige el sadismo devorador hacia el objeto de amor.

La persona melancólica es aquella con necesidades narcisistas, que después de haber perdido el objeto de amor se rebela contra él de manera agresiva. El superyó es la estructura encargada de emitir el autocastigo, por medio de reproches y remordimientos dirigidos hacia el yo.

En relación con lo anterior, Jeammet y otros (2003) afirman que durante el proceso de hospitalización, la depresión es inevitable, aunque sea mínima, y sus manifestaciones de son componentes de tipo narcisista.

La enfermedad entonces representa un prejuicio de la imagen ideal de uno mismo y una prueba de fiabilidad. El paciente pierde casi en el instante su ilusión del poder total o su invulnerabilidad. Esta situación lleva al enfermo a despertar en él angustias de tipo infantil, haciendo evidente una regresión hacia un complejo de castración, pues el cuerpo ocupa el primer plano.

Hablar de depresión puede llegar a confundirse con el término de regresión, puesto que existen síntomas clínicos similares. La sintomatología de la depresión está caracterizada por pensamientos de desvalorización, de sentimientos de fatalidad, en el cual hay un abandono de toda actividad y todo deseo, hay una ausencia de rebelión en la que se da la sumisión. Jeammet y otros (2003), mencionan que es necesario llevar un tratamiento adecuado para la depresión, aunque en algunos de los casos ésta puede estar enmascarada por actitudes de reacción ante la enfermedad, la cual se puede apreciar como una exageración de los síntomas del paciente.

Jeammet y otros (2003), mencionan que la regresión, si bien se acepta por el mismo enfermo y por las personas que lo rodean, contribuye para protegerse de la depresión. El paciente pone en los demás la confianza para ser curado de su narcisismo, y al estar en hospitalización, como un niño, espera que los padres suplan su relativa debilidad.

2.3 Influencia de la familia en el paciente hospitalizado

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. De acuerdo con Rolland (2000), podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, con lo cual ponen en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, Rolland (2000) manifiesta que más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el

momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, entre otras.

En caso de enfermedad aguda-grave, se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

Rolland (2000) menciona que la enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, entre otros factores que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.

Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede evolucionar hacia situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto, el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir, ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, según menciona Rolland (2000), debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro o el nacimiento del primer hijo; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

La aparición de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa. Por ello, resulta indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar al sistema en su conjunto, de manera que las respuestas adaptativas sean tan funcionales como sea posible dentro del potencial de cada grupo familiar.

De acuerdo con Jeammet (2003), dentro de las respuestas adaptativas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, por citar algunas. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad

económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico, como es el caso del paciente nefrópata o pediátrico. Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social el cual está limitado para llevarse a cabo de una manera normal, debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo.

Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; ya que no sólo este grupo puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, y produce entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.

2.4 Enfermedad como duelo

El sentido del duelo durante una enfermedad gira en torno a varios aspectos. Rolland (2000), menciona que el sentido individual es afectado y también ejerce

influencia sobre cada miembro por la falta de libertad, el sacrificio, los planes o deseos con la persona afectada.

En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento. Esto ocurre con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y generalmente coincide con la existencia de conflictos anteriores. Entonces la pareja puede llegar a sentir que fallaron como padres, porque no pudieron engendrar a un hijo normal, y si están en etapa reproductiva, llegan a tener miedo de tener otro hijo.

En el caso de los hermanos, se ven obligados a otro tipo de renunciaciones, diferentes de las de los padres afectados, y al igual que para éstos, aquéllos también presentan dolor: renuncian a la atención de los padres, pues ésta se focaliza en el hijo enfermo, se renuncia al tiempo de diversión, para invertirlo en cuidar a su hermano afectado, renuncian en mayor o menor grado a la vida plena que antes tenían.

Los hermanos del enfermo no sólo están olvidados por sus familiares, sino que tampoco los toma en cuenta el personal de salud, el papá también es olvidado, y quien tiene una mayor preocupación es la madre del enfermo.

Kübler-Ross (citado por Fernández; 2004) menciona que durante el proceso de la enfermedad, tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados, y sin que cada uno de éstos sean resueltos con la muerte. Pese a esta descripción que hace el autor, los síntomas familiares que se observan con mayor frecuencia en el paciente y su familia, además de la depresión ya comentada, son la negación, la ira y el miedo.

La negación es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. Tanto la familia como el enfermo dudan que eso le esté pasando a él. Luego de no tener una respuesta satisfactoria, la familia busca otras alternativas y puntos de vista, que van desde la medicina alternativa hasta la brujería, lo que implica el retraso en el manejo del paciente, quien por este proceso de negación acarrea ya un desgaste emocional, físico y económico. (Fernández; 2004)

La ira se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. De acuerdo con Rolland (2000), la familia crea inevitablemente historias alrededor de la enfermedad y más si tiene que ver con una situación penosa; en esta etapa se culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, la familia se torna hostil, incluso con el personal médico y propicia problemas de tipo legal. Esta etapa puede ser pasajera y será resuelta en muchos casos de manera natural.

En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes. La continua tensión emocional no permite que la familia funcione de manera natural; la angustia de no estar presente en el momento de la muerte, de no proveer los cuidados pertinentes, de que el enfermo descubra que va a morir, o que la condición económica de la familia sea intolerable, genera mucho estrés especialmente para el cuidador. Aunado a esto, el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y que cree que no podrá resolver.

Finalmente, de acuerdo con Rolland (2003), el explorar las experiencias previas de la familia ante una situación de enfermedad y pérdida, permite conocer el legado de mitos y expectativas, catastróficas o no, y valores con los que se enfrenta a la experiencia actual, en donde las diferencias éticas, religiosas y culturales desempeñan un papel esencial, situación que en el mejor de los casos ayuda a superar la etapa de crisis.

CAPÍTULO 3

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Las especialidades médicas son disciplinas de la profesión del mismo nombre, con un cuerpo de conocimientos y un método científico propio y definido, para brindar mejor atención en salud, mediante la aplicación de mayores conocimientos, procedimientos y tecnología precisa y perfeccionada en las distintas áreas de la medicina, obtenidas en centros de formación debidamente acreditados y reconocidos.

Para fines prácticos, a continuación se describen de forma general tres de las múltiples especialidades médicas.

3.1 Medicina interna

Para estudiar al ser humano de una manera más especializada es necesaria la división de la medicina en aspectos específicos, que van desde el sexo, la edad hasta llegar al padecimiento, una vez tomados en cuenta estos y algunos otros aspectos de carácter médico, se dice que la medicina interna “es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención” (Reyes; 2006: s/p, citado en: www.scielo.cl).

Dentro de la hospitalización en el servicio de Medicina Interna en el Hospital Regional Dr. Pedro Daniel Martínez, y de acuerdo con el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios, se ha observado que durante septiembre, octubre y noviembre de 2008, los padecimientos de mayor prevalencia fueron: insuficiencia renal, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral e insuficiencia cardíaca, los que a continuación se describirán brevemente.

3.1.1 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus “es una enfermedad muy antigua, de acuerdo con Cárdenas (2003), así lo demuestran una serie de documentos como los escritos de Demetrio de Aponea en el siglo III a.n.e., en los cuales se describen los síntomas de la enfermedad y su tratamiento”. (Casanueva y cols.; 2009: s/p, en www.misionmilagro.sld.cu)

Los mismos autores consideran a la diabetes mellitus como un síndrome clínico caracterizado por un trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono producido por la disminución de la secreción o de la efectividad de la insulina, lo que ocasiona hiperglucemia. (Casanueva y cols.; 2009: s/p, en www.misionmilagro.sld.cu)

Su clasificación más actual la divide en tipos 1 y 2. De acuerdo con Guyton y Hall (2001) el tipo 1 consiste en la falta de secreción de insulina, proceso en el cual se desencadena un proceso autoinmune que destruye las células beta producidas por el páncreas. Se presenta antes de los 14 años, por ello también se le conoce

como diabetes juvenil. El tipo 2 aparece a partir de los 40 años, cuando el cuerpo no produce suficiente insulina y no usa la insulina que produce de manera eficaz (resistencia a la insulina).

Un tercer grupo que incluye pacientes con diabetes mellitus específica secundaria a 1) enfermedades genéticas; como en los cromosomas 12, 7, 20, en la presencia de ADN Mitocondrial; 2) endócrinas; resistencia a la insulina tipo A leprecaunismo, síndrome de Rabson-Mendellhall, diabetes lipoatrófica 3) fármacos u otros; vacor (raticida), pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, agonistas betaadrenérgicos, tiazidas, dilantin, a-interferon.

El cuarto grupo incluye a pacientes con diabetes gestacional, es aquella que afecta a mujeres embarazadas que nunca han tenido diabetes pero que tienen altos niveles de glucosa durante su gravidez.

La Organización Mundial de la Salud, (citada en www.who.int) ha informado que más de 180 millones de personas sufren de diabetes en todo el mundo, por lo que se estima que para el 2030 la cifra sea del doble. Lo que la convierte en uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, puesto que en 2005 hubo alrededor de 1,1 millones de muertes debidas a la diabetes.

Algunas de las complicaciones propias de este padecimiento y que contribuyen al deterioro de la persona son:

“La retinopatía diabética debida al daño de los pequeños vasos de la retina acumulado a lo largo del tiempo, es una importante causa de ceguera. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes están ciegos, y cerca del 10% sufren un grave deterioro de la visión. La neuropatía diabética se debe al daño de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los diabéticos. La neuropatía diabética puede causar muchos problemas diferentes, pero los síntomas más frecuentes son hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y manos. Combinada con la disminución del flujo sanguíneo, la neuropatía incrementa el riesgo de úlceras en los pies y, finalmente de amputación del miembro inferior. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10% a 20% de los pacientes con diabetes fallecen de insuficiencia renal. La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. El 50% de los pacientes con diabetes fallecen de enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales). En general, el riesgo de muerte de los diabéticos es al menos el doble que el de los no diabéticos.” (OMS; 2009: s/p, en www.who.int)

3.1.2 Enfermedad vascular cerebral

Otra de las enfermedades con mayor incidencia en el área de medicina interna es la enfermedad vascular cerebral (EVC), la cual también se conoce con el nombre de embolia cerebral, evento vascular cerebral o ictus.

De acuerdo con Cabrera y cols. (2008) la EVC, es un trastorno neurológico agudo, que puede ser permanente o transitorio, que tiene como resultado problemas con la irrigación de la sangre que va hacia el cerebro. Éstos ocurren cuando el flujo de sangre no aporta el suficiente oxígeno y no cubre con las necesidades del tejido a nivel cerebral.

Las consecuencias de esta ausencia de oxígeno es la muerte de las células cerebrales y el cese de su función, según donde se haya producido dicho evento. La reducción del aporte sanguíneo es en ocasiones consecuencia de un cierre en el vaso sanguíneo, o la ruptura de una de las arterias.

Esta enfermedad puede presentarse a cualquier edad, pero su incidencia es mayor en las personas de más de 65 años, y también se relaciona en el caso de las personas que tienen padecimientos como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, tabaquismo, infarto agudo de miocardio, inactividad física, alcoholismo, obesidad, entre otras; estos padecimientos afectan principalmente a las mujeres.

Los síntomas mas frecuentes para un EVC, dependerán de la lesión, sin embargo se ha observado que puede aparecer una incapacidad para el movimiento, para expresarse, o la combinación de ambos, alteraciones motrices como falta de coordinación, temblor, disfunción cortical observada con una confusión, amnesia y demencia.

3.1.3 Insuficiencia cardiaca

Distinta a la enfermedad vascular cerebral, existe también la insuficiencia cardiaca, “La cual es una enfermedad con formas agudas y crónicas que puede evolucionar lentamente desde una disfunción ventricular izquierda sintomática a un estado de marcada discapacidad”. (Serna; 2003: 1)

De la misma manera, Gómez (2008) señala que es la incapacidad que presenta una persona para mantener un adecuado riego sanguíneo para los órganos del cuerpo según sea la actividad y/o demandas requeridas. En términos comprensibles, el corazón no puede bombear la sangre oxigenada adecuadamente hacia el resto de los órganos.

Los síntomas asociados a este padecimiento se presentan cuando ya hay un daño considerable en el corazón, sin embargo, se tiene la sensación de falta de aire en el momento de realizar actividades que impliquen esfuerzo, como correr, subir escaleras o realizar alguna práctica deportiva, e incluso puede aparecer en estado de reposo; otra sintomatología incluye la hinchazón de piernas, agotamiento o incapacidad para realizar actividades, dolor abdominal, mala digestión y pérdida de peso.

La insuficiencia cardiaca está asociada con padecimientos como hipertensión arterial con una evolución prolongada y que, por lo general, no han tenido un

tratamiento adecuado, además de haber sufrido infartos del miocardio, al igual que defectos cardiacos adquiridos al nacer o antes.

Algunas de las características de este padecimiento incluyen que es controlable, mas no curable, es progresivo, predispone a ataques cardiacos o muerte súbita en el peor de los casos.

3.1.4 Insuficiencia renal crónica

Por definición se establece que es “la pérdida progresiva de función de un número más o menos importante de neuronas, lo que se traduce un una disminución progresiva y global de la función renal”. (Guyton y Hall; 2001: 449)

A diferencia de la insuficiencia renal aguda que “se caracteriza por una súbita insuficiencia reversible de la función de los riñones, la insuficiencia renal crónica avanza lenta y progresivamente. Esta condición es el resultado frecuente de cualquier enfermedad que produzca una destrucción gradual de los riñones. Ésta puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede darse el caso de que continúe hasta un estado terminal de enfermedad renal. La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo poco a poco”. (www.facmed.unam.mx; 2008: s/p)

Según el Colegio de Medicina Interna de México (en su portal electrónico www.cmim.org; 2008) la insuficiencia renal crónica afecta a 2 de cada 10,000 personas en el mundo. Por lo que la incidencia en México se calcula en un aproximado de 5,000 casos anuales, de entre los cuales varían respecto a la etiología, como metabólica, urológica, vascular, infecciosa, y en México la principal causa de este padecimiento es la diabetes.

Algunas de las manifestaciones clínicas para dicha enfermedad, como síntomas iniciales, abarcan:

- La fatiga y un malestar en general.
- Pérdida de apetito y con ello, de peso; náuseas y vómito.
- Visión borrosa, dolor de cabeza.
- Dolores musculares en brazos y piernas.
- Coloración marrón amarillenta de la piel.

Dentro de los síntomas posteriores destacan:

- Aumento o disminución del volumen de la orina.
- Presencia de sangrado del tubo digestivo o en las heces.
- Deterioro mental.
- Disminución de la sensibilidad en extremidades del cuerpo.

3. 2 Cirugía general

De acuerdo con Hepp y cols. (2008), la cirugía general es la competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endócrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello. También deberá capacitarse para enfrentar y resolver hasta cierto nivel de complejidad, en el ámbito de las urgencias de las patologías de las subespecialidades quirúrgicas (Vascular, Tórax, Urología) ante la no disponibilidad de dichos especialistas, para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

La cirugía general debe ser considerada una especialidad en sí, como también una especialidad básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas. Constituye el eje central de la formación de las subespecialidades quirúrgicas.

Mientras que el cirujano general es el profesional médico experto cuya formación incluye, además de intervención quirúrgica, adiestramiento en técnicas endoscópicas y anestésicas y en operaciones básicas de las otras especialidades quirúrgicas, que lo capacitan para tratar casos de urgencia en aquellos pacientes no referibles, ubicados en medios desprovistos de especialistas en tales disciplinas.

3.3 Traumatología y ortopedia

El nombre genérico de traumatología define aquella parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor. De acuerdo con Fortune y cols. (2008) dicha definición es en la actualidad insuficiente, esta especialidad se extiende mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas: abarca también el estudio de lesiones congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde la niñez hasta la senectud.

Actualmente en muchos países se usa el nombre de ortopedia para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso de la palabra traumatología hace que la palabra ortopedia excluya las lesiones traumáticas. Por lo anteriormente señalado, se denomina a esta especialidad como ortopedia y traumatología.

De acuerdo con Fortune y cols. (2008), la palabra ortopedia empezó a usarse en el S. XVIII con la publicación hecha por Andry, en el año 1743, de su trabajo "Ortopedia o el arte de prevenir y corregir en los niños las deformaciones del cuerpo". Este autor simbolizó esta rama de la medicina con la figura de un árbol torcido, el cual, para corregir su crecimiento, se encuentra atado fuertemente a una estaca.

Etimológicamente la palabra ortopedia proviene del griego, orthos = derecho y paidós = niño, basada en las frecuentes deformaciones esqueléticas en los niños debidas a diferentes enfermedades y padecimientos originados durante la infancia.

Hipócrates, reconocido como Padre de la Medicina, según mencionan Fortune y cols. (2008), y como uno de los grandes precursores de la ortopedia, a través de sus obras como el "Tratado de las fracturas" y el "Tratado de las articulaciones", describe el cuadro clínico de las luxaciones traumáticas y congénitas de la cadera, así como diversos padecimientos relacionados con la especialidad, también detalla algunos métodos terapéuticos con principios similares a los de la actualidad.

Fortune y cols. (2008) refieren que durante el Siglo XIX hubo un gran desarrollo de la ortopedia mediante el uso de métodos terapéuticos mecánicos, pero paralelamente se inicia el desarrollo de la cirugía, gracias al conocimiento y empleo de la asepsia, la antisepsia, y la anestesia, se dieron las bases para el desarrollo de la cirugía general, lo cual incluye la cirugía ortopédica. Por esto, hoy se habla de los métodos terapéuticos conservadores, como los tratamientos ortopédicos, para diferenciarlos de aquéllos en que se emplea la cirugía y que se denominan métodos quirúrgicos. El gran auge de la cirugía ha hecho denominar a la especialidad como cirugía ortopédica. A fines del Siglo XIX, Wilhelm Conrad Roentgen realizó en 1895 el descubrimiento de los rayos X, que significó un gran avance en el diagnóstico de las lesiones del aparato locomotor.

Actualmente, a través del gran desarrollo ocurrido durante el siglo XX, la especialidad ha tomado un impulso incalculable a través de las posibilidades de recuperación que ofrece a los pacientes que sufren traumatismos de mayor impacto.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se hace una descripción metodológica de los aspectos que hacen válida una investigación de tipo científico. Específicamente, la descripción metodológica, la cual incluye el enfoque del estudio, su alcance y tipo de diseño, técnicas e instrumentos utilizados; conjuntamente, se incluyen características de la población y la muestra, el procedimiento de recolección de datos, su tratamiento y las conclusiones obtenidas.

4.1 Descripción metodológica

De acuerdo con Cozby (2005), la presente investigación puede ser considerada como básica, puesto que se caracteriza por partir de un marco teórico y mantenerlo como punto de referencia documental; su finalidad radica en incrementar los conocimientos científicos.

4.1.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo, según Hernández y otros (2006), se caracteriza por la recolección y el análisis de datos, para dar respuesta a la hipótesis o, como en el caso del presente estudio, a la pregunta de investigación. Hace uso de la estadística

para predecir de manera exacta los patrones de comportamiento de la población estudiada.

El estudio cuantitativo propone variables con la finalidad de llegar a aportar proposiciones y hacer recomendaciones. En éste enfoque el investigador realiza los siguientes pasos:

Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación se ocupan sobre cuestiones específicas, una vez planteado el problema de estudio, revisa lo que se ha investigado anteriormente. Sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico, de esta teoría deriva una hipótesis y se somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Para obtener tales resultados, el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos. (Hernández y otros; 2006)

Las hipótesis se generan antes de recolectar los datos y para esta tarea, se fundamenta en la medición. Los datos se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos descriptivos. En el proceso se busca el máximo control. Los datos se fragmentan para responder al planteamiento del problema, el cual debe ser lo más objetivo posible, para que los fenómenos observados no sean afectados de ninguna forma por el observador. (Hernández y otros; 2006)

Para la tarea antes mencionada, se sigue un patrón predecible y estructurado, en el cual se pretende generalizar los datos obtenidos en un grupo a una colectividad mayor y la meta principal es la construcción y demostración de teorías.

Si la investigación sigue rigurosamente el proceso, los datos recabados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimientos. El investigador busca la lógica o el razonamiento deductivo, que ocurre en la realidad externa del individuo. (Hernández y otros; 2006)

De esta manera, se puede afirmar que el enfoque cuantitativo será de utilidad para clasificar adecuadamente los niveles de ansiedad que puedan presentar los pacientes hospitalizados.

4.1.2 Investigación no experimental

En la Investigación no experimental es aquella en donde los “estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2006: 205). Y en esta investigación se observará a los pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna, para identificar si existe algún nivel de ansiedad.

Asimismo, Hernández y cols. (2006) afirman que en la investigación no experimental, resulta más complejo separar los efectos de las múltiples variables que

intervienen; lo cual no afecta este estudio porque se limitará a la descripción de la variable. También se afirma que la ventaja de este tipo de estudio es que en la investigación no experimental se está más cerca de las variables hipotetizadas como reales y se obtiene una mayor validez externa. (Hernández y cols.; 2006)

4.1.3 Diseño transversal

De acuerdo con Hernández y cols., (2006) el diseño de tipo no experimental tiene dos vertientes: la transversal y la longitudinal, esta última recolecta datos en diversas ocasiones, realiza una comparación entre ambos resultados y hace inferencias a partir de éstos.

A diferencia del diseño longitudinal, en el transversal se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar sus incidencia e interrelación en un momento dado”. (Hernández y cols.; 2006: 208), por este motivo, el diseño antes mencionado se apega a las características necesarias para realizar la investigación.

4.1.4 Alcance descriptivo

La investigación descriptiva “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (Hernández y cols.; 2006: 103)

La investigación es realizada en un nivel descriptivo, ya que la variable independiente del estudio será descrita sin ningún análisis sobre la misma. Y según Hernández y cols. (2006), los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver.

4.1.5 Instrumentos para recolección de datos

En los siguientes subapartados se describirán las características de los instrumentos empleados para recabar la información necesaria para el estudio.

4.1.5.1 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

En esta investigación se hace uso de el Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado, “está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos”. (Spielberger y Díaz-Guerrero; 1975: 1)

La escala A-Rasgo, consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también

consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada para identificar a los sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de ansiedad distintos a la A-Estado. La escala de esta última clasificación sirve para establecer los niveles de intensidad inducidos por procedimientos experimentales o en situaciones de campo, en un momento dado o a través de un continuo.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1-No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1-Casi nunca, 2- Algunas veces, 3-Frecuentemente, 4-Casi siempre.

La confiabilidad se obtuvo a través, del método test-retest, encontrándose puntuaciones para la escala Ansiedad-Rasgo desde 0,73 (en un intervalo de 104 días) a 0,86; para la escala Ansiedad-Estado las correlaciones fueron relativamente bajas variando desde 0,16 a 0,54 con una mediana de 0,32; estas correlaciones bajas fueron anticipadas por los creadores de la prueba, ya que una medida válida de Ansiedad-Estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento del examen.

Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala Ansiedad - Rasgo se realizaron con las pruebas IPAT (Cattel y Scheir; 1963), que arrojaron una correlación de 0.75 a 0.77, con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1963), se encontraron correlaciones entre 0.79 a 0.83 y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman 1960, se obtuvieron correlaciones desde 0.52 a 0.58.

4.1.5.2 Mediciones fisiológicas

Presión arterial: este término se refiere al nivel de fuerza o presión que existe en el interior de las arterias. Esta presión es producida por el flujo de sangre. Cada vez que late el corazón, sube la presión. Y entre latidos, cuando el corazón está en reposo, esta presión vuelve a bajar. Por lo que se refiere a la medición “en el adulto joven normal, la presión en el momento máximo de cada pulso, la presión sistólica, es de aproximadamente 120 mm Hg y en el momento más bajo, la presión diastólica, de aproximadamente 80 mm Hg. (Guyton y Hall; 2001: 187), esto es en un estado óptimo de salud, y el estado normal va de los 130/85 mm Hg.

Frecuencia cardiaca: se define como las veces que late el corazón por minuto. De acuerdo con Guyton y Hall (2001) una frecuencia cardiaca normal es de 72 a 80 latidos por minuto en adultos mayores, mientras que el adulto joven va de los 60 a los 80 latidos del corazón por minuto.

Para la medición de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, se hará de manera indirecta, puesto que se tomarán los datos de dichas mediciones del expediente clínico del paciente, los cuales serán registrados en una tabla de control,

que incluye el área de hospitalización, número de días de estado interno, hasta el día de la aplicación de prueba, sexo, presión arterial, frecuencia cardiaca y diagnóstico.

4.2 Población y muestra

Enseguida se definirán los términos de población y muestra, y se especificarán sus características.

4.2.1 Descripción de la población

La investigación se realizó en el Hospital Regional Dr. Pedro Daniel Martínez, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ubicado en el Km. 1.5 carretera a Tejerías, Colonia San Francisco Uruapan.

El estudio se hizo con personas hospitalizadas en el servicio de Hospitalización de adultos, la cual es un área médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento del mismo. La población entre las especialidades médicas se encuentra la medicina interna, traumatología y ortopedia, cirugía, urología, neurología, entre otras. Las primeras tres son las de mayor población de acuerdo con el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (2008).

La población es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2006: 239). Los pacientes que

acuden al Hospital Regional en su gran mayoría son personas afiliadas al Seguro Popular y no cuentan con vigencia de derechos, como es el caso de pacientes con ISSSTE, IMSS u otro. A dicho hospital acuden personas de diferentes localidades circunvecinas, el nivel socioeconómico de las personas que acuden por atención médica es de bajo a medio bajo y dedicadas a labores del campo, comercio con un nivel educativo promedio de nivel básico.

El Sistema Automático de Egresos (2008), señala que el 25% son pacientes hombres y el 75% son pacientes mujeres.

El servicio de hospitalización adultos cuenta con 30 camas, divididas en 6 secciones, de las cuales cada especialidad tiene asignado un número determinado de camas para la atención del paciente. Además de las 30 camas, se cuenta con 4 privados, los cuales son utilizados en casos donde el paciente necesita aislamiento por orden médica.

4.2.2 Descripción del proceso de muestreo

La muestra se seleccionó en base a aquéllos pacientes que tenían dos días de estadía hospitalaria y que fueron ingresados en alguno de los siguientes servicios: medicina interna, traumatología o cirugía, se trabajó con el género masculino y femenino, los cuales 46% son hombres y el 54% son mujeres, y en un rango de edad de 25-65 años.

Los motivos que excluyeron a pacientes para participar en la investigación se enfocan en padecimientos como presión arterial alta y cardiopatías, además de no ser pacientes de los servicios de interés para la investigación.

Por lo tanto, se puede afirmar que el proceso de muestreo fue de tipo no probabilístico, del cual, Hernández y cols. (2006) señalan que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.

4.3 Descripción del proceso de investigación

Durante la prestación del Servicio Social en el Hospital Regional Dr. Pedro Daniel Martínez y por la interacción entre pacientes e investigador, se empezó a tener interés por el tema de la ansiedad, en este caso hospitalaria, pues en algunas de las interconsultas realizadas, el solicitante mencionaba notar al paciente ansioso. Por ello se decidió hacer esta investigación.

En un primer momento se solicitó de manera escrita al Dr. Alejandro Sánchez Iriarte, Jefe de Enseñanza, la posibilidad de realizar la investigación a lo cual solicitó las características de la investigación como: tema, introducción, justificación y después de ser revisado se autorizó la investigación. En otro momento y como parte del protocolo a seguir se informó a los jefes de las áreas, al igual que a las enfermeras de cada servicio.

La aplicación del cuestionario inició el día 2 de diciembre de 2008, para iniciar la selección de personas se revisaba la “tabla diaria de estancia”, la cual indica el nombre del paciente, edad, sexo padecimiento, numero de cama, especialidad médica y días de hospitalización. Una vez consultada la tabla, se registraban los datos de los pacientes en una bitácora realizada por el investigador (anexo 1).

Después de hacer el registro, se pasaba a la cama de los pacientes para consultar si estaban en condiciones de responder es decir, que no estuvieran dormidos o bajo el efecto de algún sedante. Si al revisar se encontraban conscientes se les informaba de la investigación y se les pedía de su cooperación para contestar el inventario, de encontrarse con algún paciente dormido o indispuesto se dejaba pendiente para el momento en el que estuviera en condiciones de responder el inventario.

La recolección de datos y aplicación del inventario terminó el día 05 de enero de 2009.

4.4 Análisis e interpretación de resultados

En el presente apartado se mencionarán los resultados encontrados a partir de los datos recolectados para dar curso a la investigación.

4.4.1 Nivel de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan en función del área de hospitalización

De acuerdo con Pacheco y cols. (2001), la hospitalización constituye una herramienta básica para el manejo de pacientes de cualquier especialidad y está reservada habitualmente para pacientes con enfermedades graves o de difícil manejo. Por ello y dependiendo de la enfermedad se determina el servicio hospitalario en el que se dará atención médica.

En el área de hospitalización de adultos existen diversas especialidades médicas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las áreas con mayor número de pacientes, de acuerdo con el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (2008).

El primer servicio que se describe es el de la Medicina Interna, “es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que

afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención". (Reyes; 2006: s/p, en www.scielo.cl);).

Los pacientes que se encontraron en dicho servicio presentaron los siguientes niveles de ansiedad: un 29% presenta un nivel superior al término medio, un 57% un nivel normal, el 7% representa un nivel inferior al término medio al igual que el nivel muy bajo obtuvo el mismo porcentaje, mientras que los niveles muy alta, alta y baja no representan dato estadístico significativo. Siendo el nivel normal el que tuvo mayor valor porcentual (anexo 2). Respecto a las mediciones fisiológicas, la presión arterial media es de 86 y la media de la frecuencia cardiaca es de 81, lo que indica que el componente físico no presenta alteración que sugiera una manifestación de ansiedad.

De acuerdo con Hepp (2008) la cirugía general es una especialidad médica a la que le compete el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos. Se esperaría que en este servicio el nivel de ansiedad oscilara en un nivel alto hasta muy alto, por lo invasivo que pudiera llegar a ser un procedimiento de tipo quirúrgico.

Los resultados correspondientes para este servicio, indican que el 36% los pacientes se encuentran en un nivel normal de ansiedad, el resto de la población manifiesta los siguientes niveles de ansiedad: el 4% un nivel muy alta, el 24% alta, el 16% superior al término medio, el 4% inferior al término medio, el 8% baja y muy baja 8%. Los resultados obtenidos de las mediciones fisiológicas como el de la presión

arterial media y frecuencia arterial son de 86 y 81, respectivamente. Lo cual sugiere que no hay evidencia física relevante para encontrar un alto nivel de ansiedad a nivel orgánico.

Continuando con las áreas médicas, el servicio de traumatología es el tercero en importancia de acuerdo con el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (2008). De acuerdo con Fortune y cols. (2008) se define como aquella parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor y que abarca el estudio de lesiones congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde el niño hasta la senectud.

En esta especialidad los niveles de ansiedad alta y normal, son los de mayor puntuación.

Los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados son los siguientes: un 27% alta, un 18% un nivel superior al término medio, el 28% representa un nivel normal. Los niveles: inferior al término medio, baja y muy baja, coinciden con un 9%. La presión arterial media de estos pacientes fue de 88, y la frecuencia cardíaca de 82, lo cual indica que los pacientes mantienen las mediciones físicas esperadas en un estado de reposo. Sin embargo, los puntajes de ansiedad manifiestan que el 45% presentan niveles por arriba de lo normal, lo cual habla de una ansiedad ligeramente alta.

Por lo tanto, los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados permanecen uniformes. Un aspecto a mencionar es la posible preparación que el paciente haya tenido previo a la hospitalización, puesto que si existe un diagnóstico y una programación, el paciente se adapta con mayor facilidad a esta nueva o subsecuente experiencia hospitalaria.

4.4.2 Nivel de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan en función del género

En cuanto al género, Eisenberg y Lennon (citados por Morris y Maisto; 2001), señalan que en un estudio realizado entre hombres y mujeres, los hombres mostraban poca emoción, mientras que las mujeres expresaban preocupación por quienes sufrían. Por ello, ante una situación como lo es la hospitalización se espera que el nivel de ansiedad de un hombre y una mujer sea diferente en el caso del inventario y en cuanto a las mediciones fisiológicas exista alguna similitud.

Sin embargo, las medidas fisiológicas que se relacionan con la actividad emocional, frecuencia cardiaca y presión sanguínea, señalaron que los hombres y las mujeres experimentaban los mismos sentimientos, solo que los hombres inhibían su expresión, mientras que las mujeres se mostraban mas abiertas emocionalmente.

De acuerdo con la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado se obtuvieron las siguientes puntuaciones (anexo 3).

En el caso de los hombres, los niveles de ansiedad encontrados son los siguientes: alto 22%, superior al término medio 22%, normal 35% inferior al término medio 4%, bajo 9% y muy bajo 9%.

Con respecto a la respuesta fisiológica, Oblitas y cols. (2007) señalan que se puede observar transitoriamente un incremento en la presión arterial de la persona; en el presente estudio se obtuvo una media de 88, tomando en cuenta que la presión arterial media es de entre 130/85 mm hg, por lo que dicha medición se encuentra dentro de lo esperado. La frecuencia cardiaca es otro aspecto orgánico medible, en esta investigación se obtuvo una media de 81, la cual se encuentra dentro de los parámetros normales, de acuerdo con Guyton y Hall (2001) los cuales señalan que la frecuencia cardiaca en un estado de reposo va de 72 a 80 latidos por minuto en adultos mayores en el adulto.

Los niveles de ansiedad obtenidos en el caso del género femenino son los siguientes: muy alta 4%, alta 15%, superior al término medio 19%, normal 44% inferior al término medio 4%, baja 4% y muy baja 7% (anexo 4). Los datos fisiológicos son los siguientes: la presión media arterial del género femenino es de 85 y la media de la frecuencia cardiaca es de 84, lo que indica que se encuentra dentro de los límites establecidos.

A nivel fisiológico, tanto hombres como mujeres, con base en los resultados obtenidos mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se ubican dentro de los niveles de normalidad.

Existe una diferencia de 10% entre género masculino y femenino. Tomando en cuenta los resultados antes mencionados, se puede decir que el género femenino cuenta con mayor capacidad de adaptación que el hombre ante una situación de ansiedad estado.

4.4.3 Niveles de ansiedad de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan tomando como indicador los signos vitales

Los signos vitales que se analizaron como indicadores de ansiedad fueron la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

De acuerdo con Guyton y Hall (2001), el término presión arterial se refiere al nivel de fuerza o presión que existe en el interior de las arterias.

Respecto a los resultados obtenidos, en función de los signos vitales se encontró que:

La media de la presión arterial es de 86, y la cual de acuerdo con Hernández y cols. (2006), es la medida de tendencia central que muestra la suma de un conjunto de medidas divididas entre el número total de éstas.

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que se ubica como valor medio de un conjunto de datos ordenados. Y es el punto en el

cual la mitad de datos se ubica por debajo y la otra mitad por encima de éste valor. En este caso 86.8 representa la mediana.

La moda es la medida de tendencia central que muestra el dato que se muestra con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En esta investigación la moda es de 94.

Otro dato estadístico que se obtuvo fue la desviación estándar, la cual es una medida de dispersión, esta medida es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de la distribución. El valor obtenido de esta medida es de 9.0.

La frecuencia cardiaca se define como las veces que late el corazón por minuto. De acuerdo con Guyton y Hall (2001) una frecuencia cardiaca normal es de 72 a 80 latidos por minuto en adultos mayores, mientras que el adulto joven va de los 60 a los 80.

De la misma manera que con la frecuencia cardiaca, de la presión arterial se obtuvieron las medidas de tendencia central: la media es de 82.8, la mediana es de 81.8, la moda es de 79 y la desviación estándar es de 8.2.

Los resultados son complementarios y confirman que el nivel de ansiedad es normal en los pacientes hospitalizados, ya sean hombres o mujeres.

CONCLUSIONES

Para detallar las conclusiones, se toman como base los capítulos teóricos, así como los resultados arrojados por la investigación de campo, realizada en el Hospital Regional Dr. Pedro Daniel Martínez, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. A continuación se confirma la hipótesis correspondiente y se responde a los objetivos planteados en un inicio.

Los objetivos particulares que se plantearon al inicio de la investigación, se fueron cumpliendo paulatinamente. A continuación se describe la forma en que se lograron.

La definición del concepto ansiedad, se logró al hacer mención en el capítulo 1, ya que de acuerdo con Oblitas y cols. (2007) ésta es un proceso natural que ayuda al individuo a reaccionar de diferente manera de acuerdo con los estímulos del medio ambiente. Un concepto más es el que proponen Guillamón y Baeza (2004), señalan que la ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo. Es una respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes.

El objetivo número dos, describir las características de la hospitalización, se cumplió en el capítulo 2. De acuerdo con Fajardo (1983) en los servicios hospitalarios los pacientes reciben atención por parte de médicos y enfermeras, los cuales están encargados de realizar visita y consulta, en los turnos matutino,

vespertino y nocturno, y en ocasiones puede ser extraordinaria, de acuerdo con las necesidades del paciente.

La descripción de las características de las distintas especialidades médicas, como cuarto objetivo, se cumple en el capítulo 3, en el cual se tomaron los siguientes conceptos para cada una de las especialidades y en las cuales se hizo una breve descripción de la misma.

La medicina interna “es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención”. (Reyes; 2006: s/p, en www.scielo.cl;))

De acuerdo con Hepp y cols. (2008), la cirugía general estudia el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello.

De acuerdo con Fortune y cols. (2008) la traumatología es aquella parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor, lo cual incluye también el estudio de lesiones congénitas o adquiridas, en sus aspectos

preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde la etapa infantil hasta la senectud.

Para conocer el nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados del Hospital Regional de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” en función del área de hospitalización, se aplicó el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se obtuvieron puntajes por cada especialidad médica los cuales se compararon, en este objetivo se hizo presente el Nivel Normal para las especialidades médicas. De esta manera se cumple el cuarto objetivo.

El quinto objetivo, determinar los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez, en función del género, se encontró que el Nivel Normal representa a los dos géneros. Este objetivo se cumplió al revisar los resultados del inventario y ser comparados.

El género, como erróneamente se cree, no es una determinante para la presencia de ansiedad, ya que el ser humano ante una situación amenazante reaccionara en función de sus necesidades psíquicas.

El sexto objetivo es señalar el nivel de ansiedad general de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez con base en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se cumplió al aplicar el inventario y encontrar que el nivel de ansiedad es Normal en los pacientes hospitalizados.

El séptimo y último objetivo, señalar el nivel de ansiedad general de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez, con base en las mediciones fisiológicas (presión arterial y frecuencia cardiaca), se cumplió en el momento de efectuar los registros de las mediciones fisiológicas diarias, tomados de las hojas de evolución.

Con las ideas enunciadas anteriormente, se puede afirmar que el objetivo general de la investigación, que consistió en establecer los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital Regional de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez, se cumplió cabalmente, ya que los niveles fueron establecidos tanto de forma general como de manera diferenciada, con base en criterios particulares.

De esta manera se puede concluir que en los pacientes hospitalizados en dicho lugar presentan un nivel Normal de ansiedad. Se confirma así la hipótesis nula, la cual menciona que el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital Regional de Uruapan no se encuentra en promedio más alta de lo normal.

La valoración del paciente que presenta ansiedad, como una reacción frente a un estímulo indefinido y dentro de la hospitalización, debe realizarse de acuerdo con las características individuales de las personas, de su enfermedad y de la situación y el problema al que enfrenta. A modo de orientación, algunos de los aspectos importantes a valorar son los siguientes.

1. Nivel de ansiedad del paciente, al considerar los factores que causan ansiedad.
2. Estrategias de afrontamiento personal, para identificar los mecanismos defensivos que la persona utiliza para afrontar la situación actual.
3. Identificar la existencia o ausencia de personas o recursos que puedan proporcionar apoyo.
4. Revisar el propio nivel de ansiedad, para identificar los pensamientos y sentimientos que se están vivenciando en la interacción con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Psiquiátrica Americana (1980)
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)
Edit. Masson, Madrid.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994)
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)
Edit. Masson, Madrid.
- Beck AT; Emery G; Greenberg RL. (1985)
Anxiety disorders and phobias
Edit. Basic Books, NY.
- Bobes J.; Bousoño M.; Portilla M.P.G.; Sáiz P.A. (2002)
Trastorno de Ansiedad Generalizada
Ars Medica.
Psiquiatría editores, S. L., Barcelona (España)
- Cloninger, Susan C. (2003)
Teorías de la Personalidad
Edit. Pearson Prentice Hall, México.
- Coe, Rodney M. (1984)
Sociología de la Medicina
Edit. Alianza, Madrid.
- Cozby, Paul C. (2005)
Métodos de investigación del comportamiento
Edit. MCGraw-Hill Interamericana, México.
- Echeburúa E. (1993)
La ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento.
Edit. Eudema, Madrid
- Fajardo Ortiz, Guillermo. (1983)
Atención médica: teoría y práctica administrativas.
Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Freud, Sigmund. (1917)
Obras completas, V.17. (1917-19) De la historia de una neurosis infantil y otras obras.
Ammorrtu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- García Mendoza, María de la Salud.; Huitzacua Cuellar, Berenice; Sánchez Chávez, Ana Bertha. (2004)

Manual de inducción para personal de enfermería de nuevo ingreso y personal becario.

Manual Inédito del Departamento de Enfermería del Hospital General de Uruapan
Dr. Pedro Daniel Martínez.

Guyton, Arthur C.; Hall, John E. (2001)
Tratado de Fisiología Médica
Edit. McGraw-Hill Interamericana. México.

Hales, R.E.; Yudofsky, S.C. (2005)
Fundamentos de Psiquiatría Clínica
Edit. Masson. España.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la investigación
McGraw-Hill Interamericana, México.

McCullough James P.; Goldfried, Marvin R.; Padilla Sierra, Gloria. (2003)
Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual.
Edit. Manual Moderno, México.

Jeammet, P.; Reynaud, M.; Consoli S. M. (2003)
Psicología Médica
Edit. Masson, Barcelona, España.

Kaufmann Granda, Yvonne Carolina. (2006)
Taller de Arte Terapia Para Disminuir La Ansiedad En Estudiantes del Primer Año de Educación Secundaria del Colegio Nacional Mixto Antenor Orrego Espinoza De Laredo.
Material inédito de Universidad César Vallejo.

López Ibor, José Luis; Ortiz Alonso, Tomas; López-Ibor Alcocer, María Inés.
(1999)
Lecciones de Psicología Médica
Masson, España.

Oblitas, Luis A., y Cols. (2006)
Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas
PSICOM, Editores, México.

Oblitas, Luis A., y Cols. (2007)
Psicología de la Salud y Calidad de vida.
Edit. Thomson. México.

Navas, José J. (1998).
Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC).
Santurce: PSYPRO, España.

Nieto, J; Abad, M. A.; Esteban, M.; Tejerina, M. (2004)
Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad
McGraw-Hill interamericana, España.

Novel Martí, Gloria; Lluch Canut, Ma. Teresa; Miguel López de Vergara, Ma. Dolores (2005)
Enfermería psicosocial y salud mental
Edit. Masson, Barcelona, España.

Palmero Francesc, Fernández-Abascal, Enrique; Martínez Francisco; Chóliz Mariano (2002)
Psicología de la Motivación y Emoción
Edit. McGraw-Hill, México.

Rolland, Jhohn S. (2000)
Familia, enfermedad y discapacidad
Gedisa Editorial, Barcelona, España.

Serna, Fernando de la. (2003)
Insuficiencia Cardíaca Crónica
Editorial Federación Argentina de Cardiología, Argentina.

Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (2008)
Hospital Regional Dr. Pedro Daniel Martínez.
Material inédito, México.

Spielberger, C.D.; Díaz-Guerrero, R. (1975)
Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, IDARE.
Manual Moderno, México.

Velosa, JF; Riddle MA. (2000)
Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescents.
Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.

HEMEROGRAFÍA

Abulí Picart, Paquita; Comas Casanovas, Pere; Suñer Soler, Rosa; Grau Martín Armand (2003)

“Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad.”

Medicina clínica

Vol. 120, N°. 10, págs. 370-375.

Cabrera RA, Martínez OO, Laguna HG, Juárez OR y Cols. (2008)

“Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México”.

Anales de Medicina Interna.

Estudio multicéntrico. Med Int Mex;24(2):98-103.

Fernández Ortega, Miguel Angel. (2004)

“El impacto de la enfermedad en la familia”

Revista de la Facultad de Medicina, 47 (6): 251-254

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Casanueva Cabeza, HC.; Ordex Toledo, L.; García Romero, E.; Pérez González, H.; Padrino Villate, E.; Hernández Regueiro, A. (2009)
<http://www.misionmilagro.sld.cu/vol1no1/rev2.php>

Colegio de Medicina Interna de México (2008)
<http://www.cmim.org/>

Fortune Haverbeck, Juan; Paulos Arenas, Jaime; Liendo Palma, Carlos. (2008)
http://escuela.med.puc.cl/publ/OrtopediaTraumatologia/Trau_Sec00_Concep.html

Gomez Arroyo, Manuel (2008)
<http://www.cmim.org/>

Grau, A., Comas, P., Suner, R. Et al. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. An. Med. Interna (Madrid). [online].2007, vol. 24, no. 5 [citado 2008-07-08], pp.212-216. Disponible en:
http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02127199200700050002&lng=es&nrm=iso

Guillamón Noemí y Baeza Carlos. (2004)
Clínica de la ansiedad.
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Hepp K, Juan et al.
Programa de la especialidad Cirugía General: Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile.
Rev Chil Cir [online]. 2008, vol. 60, no. 1 [citado 2009-02-03], pp. 79-85. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000100017&lng=es&nrm=iso

Hernández G, Guillermo, Orellana V, Gricel, Kimelman J, Mónica et al.
Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna.
Rev. Méd. Chile. [online].ago.2005, col.133, no.8 [citado 07 de Julio 2008], p.895,902. Disponible en la Word Wide Web:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es&nrm=iso

Organización Mundial de la Salud (2009)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

www.who.int(2008)

Organización de las Naciones Unidas (2005)
<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>

Pacheco R, Daniel, Alvarez C, María Eugenia, Vizcarra, Gloria et al.
Características de la hospitalización reumatológica en un hospital de nivel terciario.

Rev. méd. Chile. [online]. jun. 2001, vol.129, no.6 [citado 26 Enero 2009], p.653-659. Disponible en la World Wide Web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000600009&lng=es&nrm=iso

Reyes B, Humberto.

¿Qué es Medicina Interna?

Rev. méd. Chile. [online]. oct. 2006, vol.134, no.10 [citado 27 Agosto 2008], p.1338-1344. Disponible en la World Wide Web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001000020&lng=es&nrm=is

Scholten, Amy (2004)

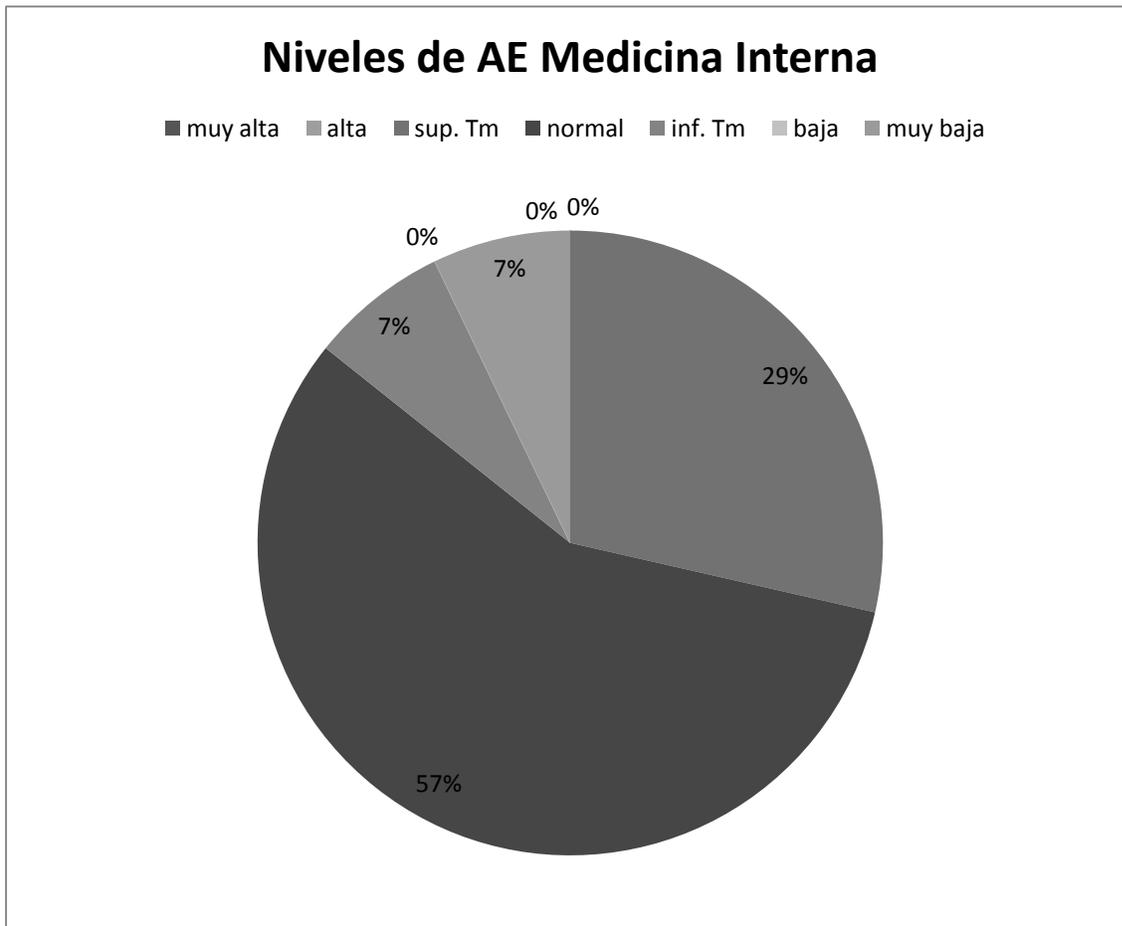
Terapia Psicodinámica: Explorando El Inconsciente de la Mente.

<https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkid=122109>

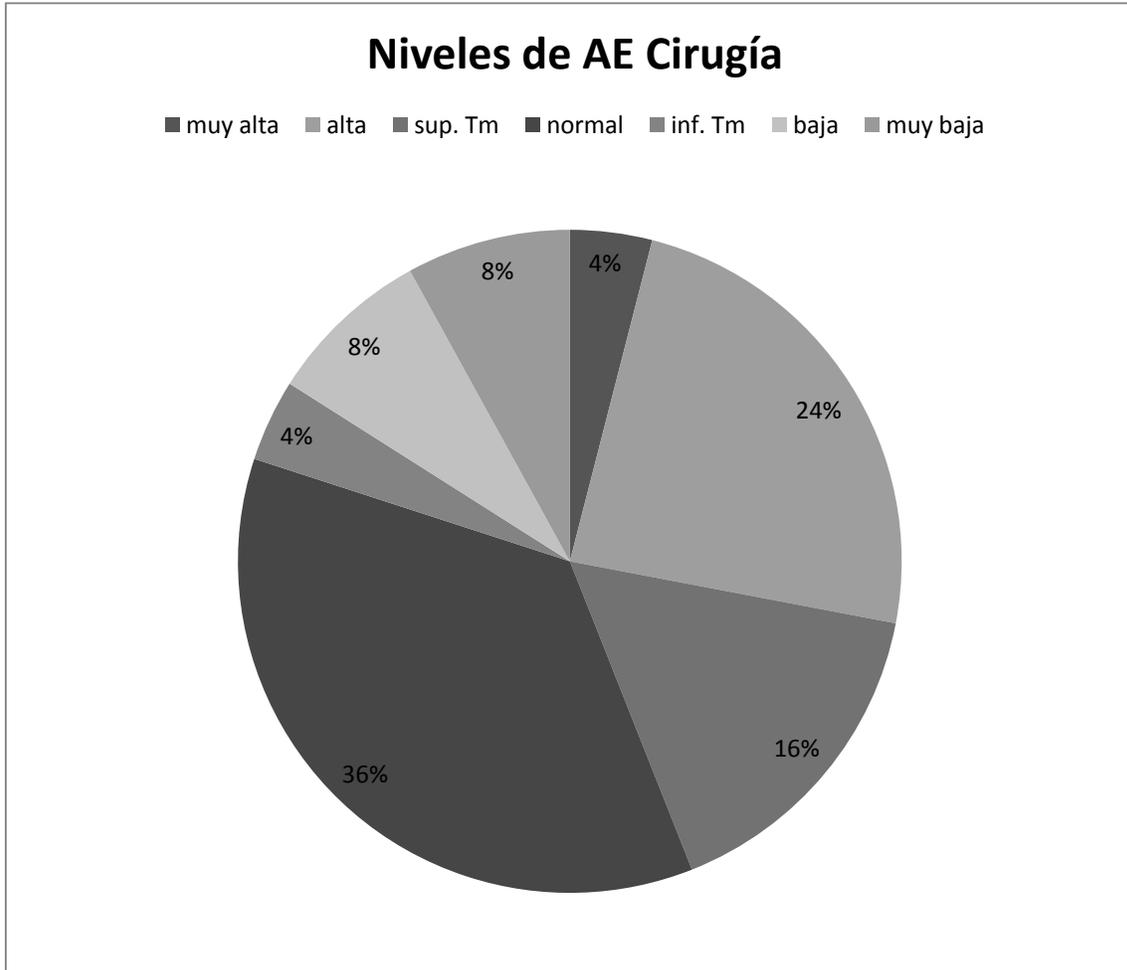
ANEXO 1

Paciente 1		Día	Frecuencia Cardiaca			Presión Arterial		
			Matutino	Vespertino	Nocturno	Matutino	Vespertino	Nocturno
Edad:		1						
Sexo:		2						
Servicio:		3						
Diagnóstico:		4						

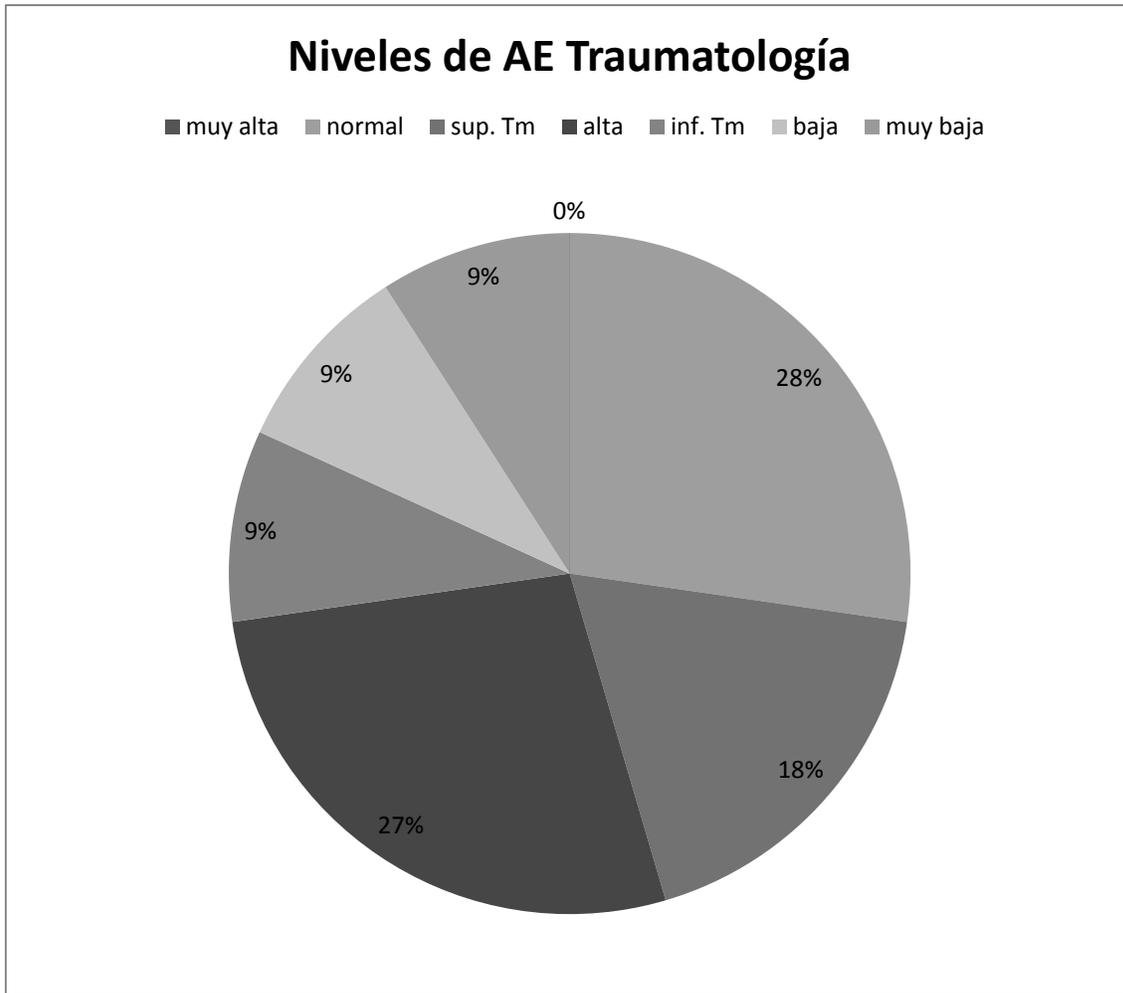
Anexo 2 A

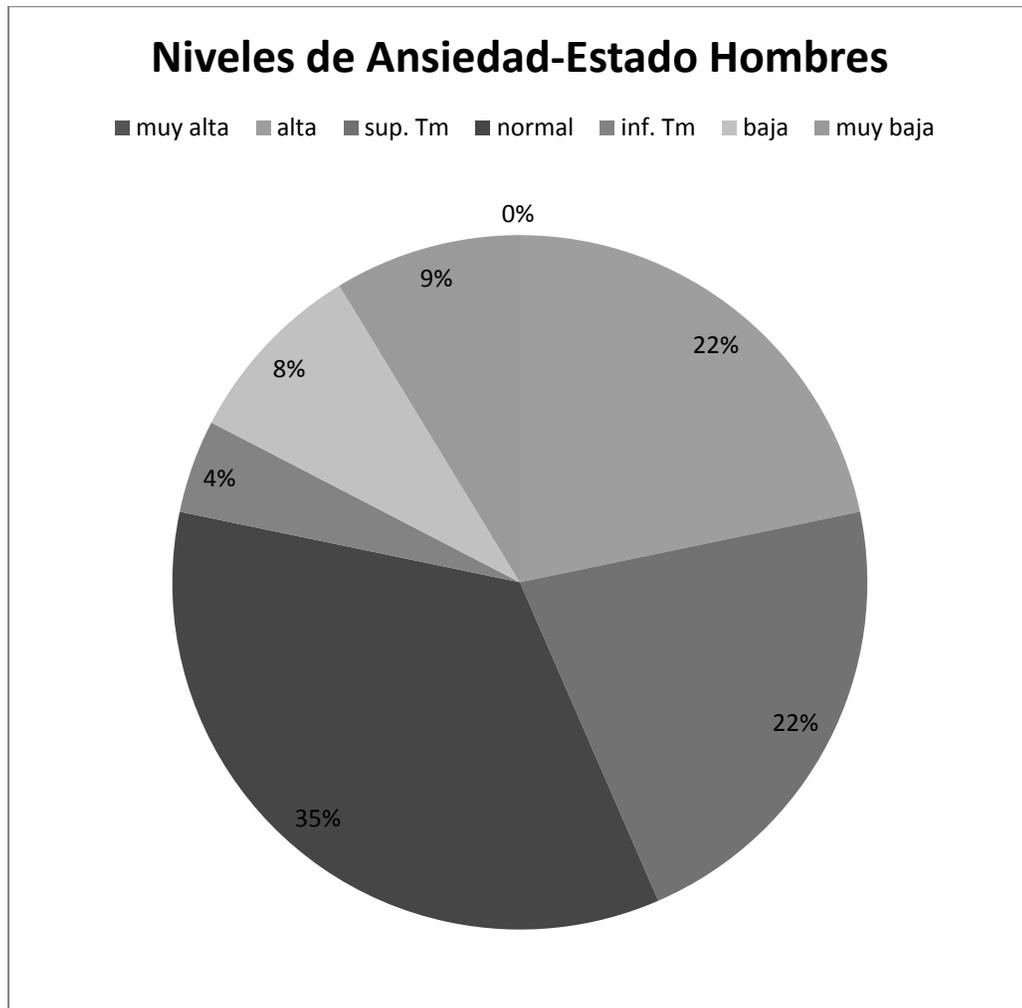


Anexo 2 B



Anexo 2 C





Niveles de Ansiedad-Estado Mujeres

■ muy alta ■ alta ■ sup. Tm ■ normal ■ inf. Tm ■ baja ■ muy baja

