



**UNIVERSIDAD LATINA**

---

**Campus Cuernavaca**

**Incorporada a Universidad Autónoma de México  
con clave de registro 8344-25**

**Licenciatura en Psicología**

**T E S I S**

**Desarrollo de síntomas somáticos por la  
influencia del estrés y ansiedad en jóvenes  
universitarios**

**Presenta:**

**DANIELA MALDONADO VÉLEZ**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**ASESOR DE TESIS: MTRA. MARTHA LAURA RAMIREZ JAIME.**

**Cuernavaca; Morelos**

**Diciembre 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**UNIVERSIDAD LATINA**

---

---

**Campus Cuernavaca**

**Incorporada a Universidad Autónoma de México**

**con clave de registro 8344-25**

**Licenciatura en Psicología.**

**T E S I S**

**Desarrollo de síntomas somáticos por la  
influencia del estrés y ansiedad en jóvenes  
universitarios**

**Presenta:**

**DANIELA MALDONADO VÉLEZ**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**ASESOR DE TESIS: MTRA. MARTHA LAURA RAMIREZ JAIME.**

**Cuernavaca; Morelos**

**diciembre 2018**

“LAS EMOCIONES REPRIMIDAS NUNCA MUEREN, SON ENTERRADAS VIVAS Y SALEN MAS TARDE DE LAS PEORES FORMAS.”

# INDICE

	PAG
<b>RESUMEN</b>	I
<b>CAPITULO I ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Introducción	2
1.2. Planteamiento del problema	4
1.3. Hipótesis	5
1.4. Objetivos	5
General	
Específicos	5
1.5. Justificación	6
1.6. Limitaciones de estudio	7
<b>CAPITULO II MÉDICA PSICOSOMÁTICA</b>	
2.1.1 Antecedentes históricos, origen de la medicina psicosomática, las primeras prácticas médicas	8
2.1.2. Edad media	11
2.1.3 Renacimiento y surgimiento de las teorías psicogénicas y Pseudocausales	11
2.1.4 Siglos XIX Y XX	13
2.1.5 Siglo XXI	17
2.1.6 Precursores de la medicina somática.	20
<b>CAPITULO III PERSONALIDAD SOMÁTICA</b>	
3.1.1 Personalidad somática.	22
3.1.2 Orígenes de los desórdenes psicosomáticos.	24
3.1.3 Los desórdenes psicosomáticos como adaptaciones	26
3.1.4 Desordenes psicosomáticos según DSM IV	27
3.1.5 Trastorno de somatización según DSM IV	28
3.1.6 Nueva clasificación “Trastorno de síntomas somáticos” según el DSM V	29

## **CAPITULO IV ANSIEDAD**

4.1.1 Definición	30
4.1.2 Antecedentes históricos de la ansiedad	33
4.1.3 Ansiedad patológica y normal	37
4.1.4 Trastorno de ansiedad	39
4.1.5 Enfermedades somáticas y ansiedad	42

## **CAPITULO V ESTRÉS**

5.1.1 Estrés	43
5.1.2 Teoría del estrés de Hans Selye	44
5.1.3 Definiciones de estrés	45
5.1.4 Modelo Procesual del estrés	46
5.1.5 Estresores, definición y tipos de estresores	47
5.1.6 Respuesta al estrés	48
5.1.7 Afrontamiento y mecanismos de enfrentamiento	55
5.2.8 Patogenia de enfermedad por estrés y ansiedad	56
5.1.9 Formas clínicas del estrés	57
5.1.10 Trastornos corporales o psicosomáticos	58
5.1.11 Relación Ansiedad y estrés	61

## **Capítulo VI METODOLOGÍA**

6.1 Muestra	63
6.1.2 Criterios de inclusión	63
6.1.3 Tipo de investigación	63
6.1.4 Alcance	64
6.1.5 Instrumento de investigación	64
6.1.6 Ficha técnica	64

## **Capítulo VII RESULTADOS**

7.1 Datos demográficos	
7.1.2 Sexo	66
7.1.3 Edad	67
7.1.4 Ocupación	67
7.1.5 Análisis de la escala de ansiedad de Hamilton	69

7.2.1	Análisis de contenido	
7.2.3	Análisis de datos de la licenciatura en Psicología	71
7.2.4	Análisis de datos de la licenciatura en Comunicación y Periodismo	74
7.2.5	Análisis de datos de la licenciatura en Derecho	77
7.2.6	Análisis de datos de la licenciatura en Administración	79
7.2.7	Análisis de datos de la licenciatura en Turismo	81
7.2.8	Análisis de datos de la licenciatura en Ciencias químico Biológicas	83
	<b>CONCLUSIÓN</b>	86
	<b>RECOMENDACIONES</b>	89
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	91
	<b>ANEXO I</b>	95
	<b>ANEXO II</b>	126

## **RESUMEN**

Los síntomas y enfermedades somáticos hacen su aparición desde las épocas más antiguas de la existencia humana, antiguamente los griegos consideraban que las pasiones y emociones enfermaban al cuerpo.

En la actualidad se ha descubierto que son más factores los que contribuyen a su aparición, así como el estilo de vida, el contexto social, las relaciones interpersonales, conflictos emocionales, entre otros.

Es por eso que mediante este trabajo se buscó establecer una correlación entre los síntomas somáticos y factores como estrés y ansiedad que están presentes en la vida cotidiana y observar que repercusiones manifiestan en la salud al sobreexcederse, la presente investigación se realizó mediante un estudio exposfacto, con un análisis de tipo cualitativo y descriptivo que permitió la identificación de estrés y ansiedad, así como los síntomas más comunes que llegan a manifestar en un individuo, donde los resultados muestran que la mayoría de la muestra utilizada en este estudio al estar sometidos a periodos de estrés y ansiedad suelen presentar síntomas físicos sin origen médico. El propósito de la investigación es hacer énfasis en la intervención de la psicología para el tratamiento de este tipo de patologías que suelen en un largo periodo de tiempo tener interferencia en la vida y actividades de las personas, al no ser tratadas adecuadamente e incrementando el uso de fármacos que no disminuyen ni acaban con el problema.



# **CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 introducción**

Actualmente se estima que el 70% de padecimientos son de origen somático, los cuales derivan de la mente hacia el cuerpo. La somatización es una queja física sin origen patógeno-orgánico, en este proceso se involucran 3 componentes que son: la experiencia del individuo, la parte cognitiva y la interpretación.

Actualmente la mayor parte de la población se ve afectada por los trastornos de aspecto somático, esto a consecuencia de diversos factores como el estilo de vida, el estrés laboral o escolar etc. Estos procesos interfieren en la vida diaria del ser humano.

Retomando la historia las civilizaciones más antiguas, creían que el cuerpo y la mente funcionaban guardando un equilibrio entre ambas, al sufrir un desequilibrio en la mente se decía que el cuerpo enfermaba, también tomaban en cuenta las emociones y como estas podían ser favorables o desfavorables para guardar el equilibrio, así más adelante con Galeno surge la medicina psicosomática, posteriormente con Freud se establece que los trastornos relacionados al cuerpo eran provocados por conflictos psíquicos entre la instancia que desea satisfacer la pulsión y la instancia que reprime la pulsión y convierte al síntoma.

En este trabajo se analizó la relación entre dos variables las cuales fueron estrés y ansiedad en la influencia y aparición de los síntomas somáticos.

Teniendo en cuenta que la ansiedad deriva de la angustia se puede observar que las reacciones que ambos factores desencadenan se caracterizan por una alta activación fisiológica.

El estrés se muestra como una reacción adaptativa a situaciones externas, mientras que la ansiedad es una respuesta emocional a

determinadas situaciones, ambas a su vez pueden ser fuentes de origen una de otra y viceversa. Por lo tanto, mediante el desarrollo de este trabajo se pudo observar que existe una relación estrés- ansiedad y el desarrollo de síntomas somáticos.

Los síntomas somáticos sin origen médico aparente son manifestaciones psíquicas expresadas a nivel corpóreo, lo cual se ve reflejado cuando existe una sobreestimulación dentro del sistema nervioso y se incrementa la actividad fisiológica.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad es importante considerar que el ser humano es más que solo un ser biológico, es una conjugación entre mente y cuerpo trabajando armoniosamente, cuando la psique transforma las preocupaciones del inconsciente provocadas por el estrés o la ansiedad o algunas emociones consideradas negativas, suelen ser manifestadas en síntomas físicos, lo cual es causante de que en las salas hospitalarias se topen con síntomas y enfermedades sin origen fisio-biológico aparente, es importante recalcar el papel del psicólogo, en el trabajo multidisciplinar cuando se habla de síntomas somáticos o síntomas médicos inexplicables ya que son este tipo de padecimientos los que requieren una especial intervención psicológica, para poder lograr una recuperación en el paciente, sin la necesidad del tratamiento farmacológico para el tratamiento de sus síntomas, se debe tomar en cuenta que para la existencia de los síntomas no solo se ven involucrados los factores físicos y psíquicos sino que también se ven incluidos el estilo de vida, la alimentación, el entorno, lo social y lo económico se han tornado factores de importancia en la manifestación de síntomas somáticos.

De acuerdo al contexto estimado, los alumnos universitarios son sometidos a periodos de estrés durante la aplicación de exámenes y la entrega de trabajos, el cual se acentúa al final del semestre o cuatrimestre, donde es más visible la presencia de malestares físicos que interfieren en el desempeño de los jóvenes, en el desarrollo de sus tareas, lo que permite plantear el siguiente cuestionamiento ¿son la ansiedad y estrés un factor predisponente de expresiones somáticas?

La ansiedad y el estrés en conjunto, al rebasar los límites controlables por el ser humano, suelen manifestarse en el sujeto ciertas reacciones, las cuales se muestran como una sintomatología que medicamente no tiene origen pato-fisio-biológico, y en muchas ocasiones puede ir de lo simple a lo complejo creando no solo síntomas, sino enfermedades, lo cual permite

preguntarnos ¿si los síntomas somáticos son efectos colaterales al estrés y la ansiedad?

### **1.3. Hipótesis.**

Hipótesis de investigación:

. El estrés y la ansiedad provocan síntomas psicósomáticos.

Hipótesis nula:

La ansiedad y el estrés no son causantes de síntomas

Psicósomáticos.

Hipótesis alterna:

La ansiedad y el estrés desencadenan en síntomas psicósomáticos

### **1.4. OBJETIVOS**

General:

Correlacionar la ansiedad y el estrés con la generación de síntomas somáticos en jóvenes universitarios.

Específicos:

- 1.- Identificar qué síntomas psicósomáticos son más comunes en la población universitaria.
- 2.- Identificar la relación entre un proceso psicósomático y la ansiedad y el estrés.
- 3.- Identificar los factores psicosociales más comunes generadores de ansiedad y estrés.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

“Al hablar de psicósomática no se hace referencia a una enfermedad o a un grupo de enfermedades en específico.” (Ulnik J. , 2010)

Cada individuo posee la capacidad de construir subjetivamente la realidad en combinación con su ambiente simbólico, esto permite ver que la realidad se compone de diferentes factores como lo son el biológico, genético, psicosocial entre otros. La integración total de estos factores permite observar que el ser humano es capaz de poder tener armonía en la manera que integra sus emociones, su pensamiento y su cuerpo.

Los trastornos somáticos resultan de un conflicto psíquico inconsciente que se manifiesta en el cuerpo sin razón médica, son desencadenados principalmente por una sobre estimulación nerviosa, que puede representar un deterioro funcional del individuo a largo plazo. Se considera que factores como el ambiente, la sociedad, las condiciones de vida y trabajo pueden originar al ser humano situaciones sociales estresantes en las cuales el individuo responderá a través de la protección de sí mismo, mediante capacidades individuales conocidos como mecanismos de defensa.

Este es un tema relevante debido a que actualmente muchas personas que padecen enfermedades psicósomáticas buscan desesperadamente una cura a su sintomatología, pero aun utilizando diversos estudios de laboratorio no se logra hallar la causa de la enfermedad, cuando muchas veces el origen es psicósomático, La aportación a la sociedad de la presente investigación consiste en ampliar la información acerca de los síntomas psicósomáticos y la estrecha relación que existe entre la ansiedad y el estrés como generadora de ellos, esto ayudaría a que muchas personas que padecen este tipo de síntomas y enfermedades pudiesen encontrar un tratamiento adecuado.

## **1.6. LIMITACIONES DE ESTUDIO**

1. No contar con una prueba específica que permita profundizar en la identificación de síntomas somáticos lo cual ha sido una de las principales limitantes de la investigación.

2. Poco apoyo de la institución educativa para poder llevar a cabo las aplicaciones dentro del campus.

3. La cooperación y disposición de los participantes.

4. Anulación de encuestas e instrumentos por la poca cooperación de los participantes.

5. Falta de contenidos teóricos para respaldar la hipótesis.

6. Dificultad de encontrar bibliografía en otros idiomas para ampliar el marco teórico del trabajo.

## 2.1. Antecedentes históricos.

### Origen de la medicina psicosomática, las primeras prácticas médicas

Los orígenes de la medicina psicosomática comienzan alrededor de la práctica médica de los griegos, en la medicina Homérica en poemas épicos de Homero dentro de la *Ilíada* y la *Odisea*, se mencionan por primera vez en dichos escritos algunas palabras que indican la función fisiológica del cuerpo humano, como la propia función o naturaleza de las cosas: *Physis*, el aliento vital: *psykhé*, el sentimiento de las cosas: *timos*, el sueño: *hypnos*, los sueños: *oneiroi*. (Menassa, 2012).

Con Hipócrates surge la teoría de los humores en la cual el estado de salud dependía del equilibrio entre ellos, se tenía la creencia que el cuerpo estaba compuesto por 4 humores, si se presentaban en exceso o en desequilibrio causaban un estado de enfermedad al cuerpo, estos humores correspondían a los cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua, se describían cuatro cualidades o temperamentos: seco, húmedo, frío y caliente. Esto se aplicó por analogía a los cuatro humores donde: la sangre era caliente y húmeda, la flema fría y húmeda, la bilis amarilla caliente y seca, la bilis negra fría y seca. (Menassa, 2012).

El mismo Hipócrates menciona que no hay enfermedades sino enfermos, se trata de procesos de enfermar. En los escritos hipocráticos las manifestaciones nerviosas de la histeria se explican por desplazamientos del útero (*hystera*), se puede decir que Hipócrates recogió en sus escritos la doctrina de los filósofos presocráticos y mantuvo que todas las cosas tienen una *Physis* o naturaleza propia universal en su distribución, pero particular para cada ser en especial para cada hombre. De esta *Physis* o Naturaleza surge el estado de armonía o salud, por lo cual la enfermedad es un desorden de la *Physis*. (Menassa, 2012).

Hipócrates también habló del alma o *Psykhé*, el alma para Hipócrates era parte consustancial del cuerpo. La función de las distintas partes del cuerpo se debía a la actividad de los humores. (véase tabla 1)

La sangre procedía del corazón, la flema del cerebro, la bilis amarilla del hígado y la bilis negra del bazo. Estos mismos humores sirvieron a Hipócrates para describir los tipos fisiológicos constitucionales, según el dominio de uno de los temperamentos: el sanguíneo o apasionado, el flemático o frío, el bilioso o irascible y el melancólico. (Ackerknecht, 2004).

<b>Humor</b>	<b>Órgano</b>	<b>Cualidad</b>	<b>Adjetivo</b>
Sangre	Corazón	Templado – húmedo.	Sanguíneo
Bilis amarilla	Hígado, Vesícula biliar	Templado – seco.	Colérico
Bilis negra	Bazo	Frio – seco.	Melancólico
Sangre	Cerebro / pulmón.	Frio y húmedo.	Flemático.

Tabla 1- clasificación y función de los humores según Hipócrates (Menasa, 2012)

Para Hipócrates los agentes etiológicos de las enfermedades eran los alimentos, el aire, el agua, los excesos en el ejercicio y en el reposo, los agentes traumáticos, los parásitos y las emociones violentas.

Dentro de la medicina hipocrática no se encuentran muchos aspectos psicosomáticos, se encontraron pocos datos en los que Hipócrates menciona acerca del alma, la enfermedad y los efectos relacionados, por ejemplo, que la ira “contraía”, que los buenos sentimientos “dilataban” el corazón, que cada sentimiento gobierna a un órgano y si el alma se enciende, el cuerpo se consume simultáneamente (Ackerknecht, 2004).

En otro relato de la medicina grecorromana se encuentra el relato de Erasistrato<sup>1</sup>, en este se mencionaba el diagnóstico de la “enfermedad del

<sup>1</sup> Erasítrato, llamado por el rey de los sirios para que curara a su hijo



amor”, en la cual, mediante la aceleración del pulso y otros síntomas vegetativos, demostraban una cierta perspicacia psicológica.

Galeno en su gran sistema creó unos rudimentos de psicogénesis y psicoterapia, un concepto de medicina psicosomática que al dirigir la atención al papel que desempeñan las “pasiones” en la patogenia y en el tratamiento, ejerció una profunda influencia hasta bien entrado el siglo XIX. Las pasiones fruto del espíritu vital y previamente discutidas por Platón y Aristóteles, serían en el sistema galénico la sexta de las seis causas no naturales de la enfermedad.

De acuerdo con Galeno las pasiones tanto pueden producir, como curar una enfermedad. El objetivo higiénico de Galeno era liberar al hombre de sus pasiones y su medicina espiritual curaba el alma aparentemente. (Ackerknecht, 2004)

---

Antíoco, pidió que todas las mujeres que vivían en la corte desfilaran ante la cama del enfermo. Éste al ver a

Estratónica, su joven madrastra, se le aceleró el pulso y comenzó a latirle rápida e irregularmente el corazón.

Erasístrato llegó al origen del proceso psicosomático que padecía el enfermo, que no era sino la pasión que sentía

por la esposa de su padre. Éste, prudentemente, abandonó a su mujer y la casó con su hijo, que quedó definitivamente curado.

### **2.1.2 Edad media**

Maimonides médico judío, recomendaba para el tratamiento del asma, la estimulación de la energía psíquica mediante perfumes o música y relatos alegres, afirmaba que las emociones producen cambios físicos.

El cirujano Henri De Mondeville destacó la importancia de la confianza, las costumbres, la utilización de la tristeza y la alegría, De Mondeville no solo continuó las tradiciones psicósomáticas clásicas, sino que también fue un representante del punto de vista psicósomático empírico. (Ackerknecht, 2004)

En la edad media la conceptualización de la histeria fue desplazada por los médicos del útero y dirigida hacia el sistema nervioso.

### **2.1.3. Renacimiento y surgimiento de teorías psicogénicas pseudocausales**

Dentro de este periodo se involucra a la religión con la nueva medicina y la ciencia, y se introdujo un concepto importante para la medicina psicósomática que sería “la imaginación” a la cual se le atribuyó la capacidad de producir y curar enfermedades así se comprende que la imaginación fue el concepto antecesor de la sugestión. (Ackerknecht, 2004)

Cabe mencionar que dentro de este periodo renacentista hubo médicos que buscaron otras explicaciones del origen de la enfermedad utilizando como una contra posición: la brujería, las curas milagrosas, posesiones de espíritus malignos.

Van Helmont representante de las teorías psicogénicas medievales sobre la causa de la peste, escribió sobre 3 vías de tratar la enfermedad: *verbis, herbis, lapidis*. Con Descartes surge la publicación del tratado de las pasiones del alma donde recorre el arco completo desde la anatomía, la psicología, la pedagogía y la moral, se pregunta y responde cómo surgen las

emociones, relacionándolas con las impresiones y la voluntad que manifiestan, también se pregunta por el modo de operación de cuerpo en esas pasiones y las modalidades de respuesta. La moral se basa en el conocimiento de las emociones, como la admiración, la envidia, el odio, el deseo, que son denominadas pasiones y se debe convivir con ellas. Le preocupaba intensamente la manera como se relacionaba el alma con el cuerpo; el tema de las dos cualidades (naturaleza pensante vs. extensión) que busca resolver mediante puentes sólidamente armados. Con este tratado dice que “de las pasiones depende todo el mal y todo el bien de esta vida” El control de las pasiones es la meta, el objetivo significa encauzarlas para el bien del alma y el gozo del cuerpo. (Martin, 2010)

Robert Burton recopilador del siglo XVII se ocupó de las pasiones como causa de enfermedades, la superstición afirmaba que podía generar o curar enfermedades, y hacía mención que la oración debía ir en primer lugar y después la meditación, tomando en cuenta la confianza dentro de la terapéutica.

Stahl y su sistema global sobre la causa del tratamiento de la enfermedad se basaba en el alma, cuya influencia abrió una nueva era del pensamiento en el campo de la psicogénesis y la psicoterapia. La consideración de la hipocondriasis compartida por Hoffman, Boerhaave, Whytt, Pinel, Avenbrugger consideraba que la tuberculosis pulmonar era una alteración psicogénica. Bilger insistía que todo medico debía ser médico del espíritu para la hipocondriasis que era una enfermedad del cuerpo al igual que del alma y sus fuertes impresiones mentales podían dar lugar a la curación (Farner 1963 citado en (Ackerknecht, 2004).

Van Swieten afirmaba que el cuerpo puede cambiar el espíritu y el espíritu puede cambiar el cuerpo. A finales del siglo XVII y del siglo XVIII aparecieron varios tratados médicos sobre las pasiones. El tratado de Falconer catalogaba a las enfermedades por la cólera (apoplejía, fiebre), por dolor

(histeria y consunción), así como las pasiones pueden ayudar a curar enfermedades como la ira (gota) y el amor (cardiopatías y parresias), que el miedo podía debilitar el cuerpo (produciendo diarreas y tumores) y la confianza curaba fiebres intermitentes o prevenía la peste. También afirmaba que el magnetismo animal podía causar efectos parecidos en el hombre. (Ackerknecht, 2004)

Thomas Sydenham psiquiatra británico conocido como el “Hipócrates inglés” observó que la histeria no existe solo en las mujeres sino también en los hombres, refiriendo también el fenómeno de la hipocondría, reconoció que las personas con histeria tenían ciertas características de personalidad en común, él concluye que la histeria es un producto de la mente. (Lamberty, 2008)

#### **2.4. Siglo XIX y XX**

Esta época se caracteriza por muchos cambios, nuevos enfoques científicos, cambios en la nomenclatura y progreso del funcionamiento del cuerpo y las causas de las enfermedades. Philippe Pinner promovió el tratamiento moral (psicoterapia), también se ocupó de las pasiones a las que repartía con las enfermedades psicósomáticas del corazón y del aparato digestivo con el nombre de neurosis o hipocondriasis, consideraba a las erisipelas, la gota, la epilepsia como enfermedades psicósomáticas afirmando que en ellas existía una transición desde la anatomía funcional a la lesión anatómica. (Pinner, citado en (Ackerknecht, 2004))

Corvisart pionero de la percusión comenzaba su tratado sobre enfermedades del corazón señalando sus elementos mentales, los somaticistas extremos como Broussais y Boulliard reconocieron la existencia de las enfermedades psicogénicas gástricas o cardíacas. Laennec también

defendía la existencia de las neurosis funcionales como las palpitaciones o el asma. (Covisart citado en (Ackerknecht, 2004))

Rostand consideraba que muchas enfermedades eran consecuencias de experiencias psicológicas, veía a las pasiones como fuerzas terapéuticas. Chomel creía que las raíces de la fiebre tifoidea debían buscarse en la nostalgia. Piorry vio con claridad la influencia patogénica de las emociones y facilitó una excelente descripción de la terapia en la impotencia. (Ackerknecht, 2004)

Trousseau pensaba que las enfermedades crónicas, necesitaban el estudio de personalidad del paciente. (Ackerknecht, 2004)

Hufeland mencionaba que el origen de la enfermedad no eran solo mecánicas y químicas, sino que también intervienen factores psicológicos como las pasiones, estas las halló en alteraciones en estómago, hígado, nervios, y en el escorbuto que estaban relacionados con la tristeza. Von Fuchtersleben en su libro de psicoterapia medica catalogo las pasiones y efectos, tanto patógenos como terapéuticos mencionando que la ira puede afectar a la bilis y al corazón, la depresión podía causar amenorrea, tifus, corea, escorbuto, hidropesía, cirrosis o cáncer, los sustos podían generar apoplejía y convulsiones, el miedo podía causar diarrea, erisipelas y enuresis. (Ackerknecht, 2004)

Johan Christian Reil fue uno de los primeros en considerar el sistema nervioso vegetativo como el puente entre el cuerpo y el alma, mediante el cual sería posible la influencia de la mente. La palabra psicósomático surge en el año de 1818 por el psiquiatra J.C.A. Heinroth. (Ackerknecht, 2004)

Wunderlich introdujo el registro de la temperatura, veía a las emociones depresivas como factores que contribuyen a las cardiopatías, úlcera péptica, ictericia, diabetes, anemia y apoplejía. (Ackerknecht, 2004)

Paul Briquet en 1859 realizó el primer análisis clínico y epidemiológico de importancia sobre la histeria, estudio 430 casos en un periodo de 10 años, al igual que Sydenham apoyaba la idea de que la histeria no se presentaba solo en mujeres, sino también en hombres relacionándolo a una condición nerviosa, con muchos factores predisponentes. Debido a la relación que hizo de los síntomas somáticos en su honor se catalogó como síndrome de Briquet al trastorno de somatización. (Lamberty, 2008)

Benjamin Brodie en 1863 hizo varias aportaciones a la medicina psicosomática, desde enfermedades articulares histéricas, hasta observaciones de su propia dispepsia y ansiedad. William Beaumont observó la influencia de las emociones sobre la mucosa gástrica (Ackerknecht, 2004)

Jean Martin Charcot considerado como el fundador de la neurología moderna, creía que la histeria tenía fundamentos neurológicos claros.

Del trabajo conjunto de Josef Breuer y Sigmund Freud con enfermos de histeria pudieron obtener las observaciones necesarias para identificar la conexión entre los trastornos psicogénicos, Freud mediante las observaciones realizadas noto que los pacientes que se sometían a tratamientos eléctricos parecían curarse y al poco tiempo desarrollaban nuevos síntomas, lo cual denominó sustitución del síntoma. Freud creía que el factor más importante en las enfermedades era psicológico y no fisiológico (Sarno., 2008)

Para Freud el concepto de las neurosis psicogénicas y de los síntomas de conversión abrieron posibilidades teóricas para la unificación de muchas

observaciones psicósomáticas y la publicación de un trabajo colectivo de diferentes métodos de psicoterapia.

Para Freud los trastornos psicósomáticos eran el resultado de un conflicto psíquico entre la pulsión que tiende a la satisfacción del deseo y a la instancia defensiva que tiende a su represión, el síntoma suele ser el significante, es cuando surge la conversión histérica cuando el síntoma corporal es representante de un contenido psíquico inaceptable por lo tanto es reprimido. (Galimberti, 2010)

Breuer y Freud realizaron aportaciones fundamentales para la comprensión de los fenómenos psicogénicos los cuales se mencionan a continuación:

1.- Descubrieron y exploraron el inconsciente estableciendo la idea de la mente dividida y el conflicto existente entre la mente consciente (inteligente, ética, moral) y la primitiva infantil (mente inconsciente).

2.- Se dieron cuenta que los síntomas histéricos eran generados por el cerebro y que el cuerpo no sufría ninguna alteración fisiológica.

3.Observaron que los síntomas psicogénicos alcanzan su objetivo atrayendo totalmente la atención de la persona.

4.- Comprendieron que la psique reprime las emociones indeseables, pero no notaron que el propósito de las represiones es evitar que las emociones problemáticas accedan a la conciencia.

Freud afirmaba que la ansiedad es la causante de la represión. (Sarno., 2008) Oswald Schwarz en 1925, publica una revisión de las enfermedades potencialmente psicogénicas y discutía cada una de las formas de psicoterapia: la no sistemática, la sistemática no teórica (persuasión e hipnosis), y la sistemática teórica.

### **2.1.5 Siglo XXI**

En el siglo XX la medicina psicosomática trae consigo un análisis sistemático en lo relacionado a los problemas de salud, sostenido en el principio del psicoanálisis, las emociones, identifica lo somático como una realidad emergente que establece una nueva realidad corporal y con esto se duda del método de diagnóstico utilizado comúnmente y la concepción de la enfermedad.

A partir del siglo XXI se comienza a guiar el descubrimiento de la naturaleza entre emociones y la función corporal de una manera más clara.

Se ha logrado circunscribir el fenómeno psicosomático a enfermedades físicas en las cuales su causación y/o evolución están influidas por factores psíquicos, en tanto expresiones somáticas de situaciones conflictivas, sin elaboración mental.

Desde el surgimiento de la medicina se ha visto y tratado al paciente solo como unidad fisiológica centrandó la atención en las enfermedades infecciosas, desordenes metabólicos, intervenciones quirúrgicas, descubrimientos de laboratorio, dejando a un lado a la persona en conjunto. En las últimas décadas se ha retomado la idea de que el ser humano funciona como una entidad dual de cuerpo y alma, así como se pensaba en la antigua Grecia.

Es por eso que ha incrementado el interés hacia el paciente como persona ya que en la actualidad los médicos son capaces de reconocer que algunas enfermedades se ven influidas por las emociones, estados anímicos, estrés entre otros factores psicológicos, actualmente se podría concluir que los desórdenes somáticos son el resultado de una mala adaptación emocional que puede ser expresada en síntomas físicos.



Estudios actuales han demostrado que este tipo de desórdenes surgen cuando el cuerpo se ve sometido a una amenaza o conflicto interno que produce cambios a nivel del sistema nervioso autónomo y vegetativo. También se ha observado que los procesos psicosociales, el manejo de emociones y estrés se han visto involucrados en la aparición de síntomas psicosomáticos en mayor parte de la población actual.

El término psicosomático fue introducido a la literatura médica en una fase de transición de la ciencia y la pragmática, y fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Johann Christian Heinroth en 1818 referenciando la relación entre mente y cuerpo. Más tarde es abordado por Sigmund Freud con el término de histeria, mediante el estudio del caso “Dora” en el cual realizó una aproximación entre lo psíquico y lo somático de lo cual derivó que Freud indagara encontrar una explicación, mediante el término de pulsión es como Freud logró relacionar los procesos psíquicos con los procesos físicos, dando origen al surgimiento del tratamiento de malestares físicos con origen psíquico. (Fernando, 1995)

Cabe mencionar que años más tarde el término histeria dejó de ser utilizado para referirse a procesos somáticos.

El término “somatización” se ha empleado para describir síntomas físicos, que no son ocasionados por un proceso fisiopatológico que explique su origen en una evaluación médica; Se le conoce también como toda enfermedad que corresponde a un proceso psíquico que tiene su influencia en el cuerpo. Es una dolencia física real, que tiene su origen en conflictos emocionales y psicológicos inconscientes sin resolver. Las enfermedades psicosomáticas son referidas a emociones de placeras, sentimientos negativos o estar sometidos a situaciones o momentos de alto impacto, lo que puede llevar a una representación física como enfermedad. (Pastor, 2013)

Desde el psicoanálisis una enfermedad somática es vista como una vía simbólica, en la cual el síntoma físico expresa simbólicamente un aspecto de conflicto inconsciente. También una insatisfacción de las relaciones objétales puede causar que la libido se repliegue al Yo (narcisismo), lo cual lleva una atención exagerada de sensaciones corporales, y que el mundo psíquico no logra contener los factores instintivos y afectivos.

Para el modelo cognitivo los síntomas médicos no explicados surgen cuando la activación crónica de representaciones almacenadas en la memoria, hace que la representación primaria seleccione una información inapropiada, lo cual se interpreta erróneamente, lo cual hace que sea vivido como real. (Restrepo, 2006)

Como menciona Glen O. Gabbard (Gabbard 2002), la somatización puede ser interpretada como un mecanismo de defensa del inconsciente al sentirse amenazado formando así un síntoma neurótico, el cual es visto como un “compromiso entre el Ello y el yo”, así como también menciona a Ana Freud que proponía que toda defensa tiene en común la protección del Yo frente a las demandas pulsionales del Ello. También señala que la somatización es la transferencia de un sentimiento doloroso o preocupación emocional a una parte del cuerpo a través de quejas somáticas. (Gabbard, 2002)

Teniendo en cuenta que el termino salud no debe excluir ni el bienestar mental, físico y social se debe tomar en cuenta que los trastornos psicosomáticos deben ser tomados en cuenta dentro de los procesos de salud-enfermedad para una mejor atención del paciente ya que muchas veces las personas no hacen consciente la relación que existe entre conflictos psíquicos y dolencias físicas.

Es importante que el paciente con síntomas o trastornos somáticos pueda ser capaz de realizar un análisis del tipo de emociones que en muchas ocasiones no logra ser expresada más que un síntoma físico sin origen biológico aparente, dentro de esto es de suma importancia que si en una

evaluación médica clínica no se logra encontrar un factor etiológico que explique el síntoma se recurra con un profesional de la salud mental, ya que en muchas ocasiones el no encontrar una explicación biológica hace que el paciente sea sometido a tratamientos médicos que en vez de acabar con la sintomatología pueden generar verdaderas enfermedades aunadas a un trastorno psicossomático.

### **2.1.6. Precursores de la medicina somática**

Psicosomático es un término “relativamente nuevo”, Weiss e English (citado en Fernando 1995): mencionan que no es una especialidad sino más bien un punto de vista que es aplicable en todos los aspectos de la medicina y la cirugía, no significa estudiar menos el cuerpo; significa estudiar más la psiquis. (Fernando, 1995)

La medicina Psicossomática se orienta en descubrir la naturaleza precisa entre emociones y función corporal, esto surge en la investigación moderna de la fisiología, los estudios de laboratorio y la experimentación animal, así como también de los descubrimientos del psicoanálisis.

Durante los años 40 Weiss e English mencionan que se trataba de comprender la enfermedad y tratar enfermos, y que consistía en algo más que en conocimiento de dolencias, tiene múltiples significados lo cual ha hecho que pueda ser bien o mal interpretada. (Fernando, 1995)

El origen del término Psicossomático surge gracias a Johan Christian August Heinroth (1773-1843) en 1818, el cual menciona en su terapéutica del alma un concepto en el cual la persona es vista como cuerpo y alma, y menciona que el hombre debe construir su mundo y con ello a sí mismo y su tarea será crear una vida adecuada, Heinroth menciona que es necesario el método de observación pura y siguiendo a Goethe sostiene que el investigador

de la naturaleza debe no solo tratar de unificar a la experiencia interior y exterior, sino también equipararlos. (Fernando, 1995)

Georg Ernst Stahl fue originador de muchas teorías psicobiológicas modernas, dentro de su *Theoria medica vera* (1708) propuso la noción de que el alma es el único *Ens Activum*, el único principio vital y el cuerpo solo es un instrumento de ella, fundamenta la influencia de los estados anímicos sobre las enfermedades corporales. (Fernando, 1995)

Christian Friedrich Nosse (1778-1831) aludía que los fenómenos psicofísicos representaban un mundo inexplorado, propuso después de una cuidadosa observación de lo que ocurre al paciente se trata de poner en palabras las cosas, esto será solo el principio del diagnóstico, ya que la noción de la enfermedad física perturba la relación que existe entre la psique y el soma. (Fernando, 1995)

Nosse y Maximilian Jacobi fundaron otra revista “Revista para la apreciación y la curación de los estados mentales patológicos.”<sup>2</sup> En la cual Jacobi publicó un artículo sobre los fundamentos de la medicina somatopsíquica. (Fernando, 1995)

Carl Gustav Carus (1779-1868) se le atribuye el mérito de haber descrito por primera vez el cuerpo entero como expresivo, la enfermedad se concibe como una lucha de ideas, la idea de la enfermedad perturba el funcionamiento del cuerpo, las enfermedades del alma proceden del inconsciente o de la conciencia, entre las primeras se encuentran las enfermedades corporales, en las tres formas primordiales: fiebre, inflamación y deformación, el segundo grupo de enfermedades se manifiesta en el espíritu consciente, son llamadas enfermedades del alma o enfermedades psíquicas. (Fernando, 1995)

---

<sup>2</sup> Zeitschrift für die Beurteilung und Heilung der krankhaften Seelenzustände.

## CAPITULO III PERSONALIDAD SOMATICA

### 3. Personalidad somática

Winnicott (citado en Ulnik J., 2010) menciona que lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente o de disociaciones múltiples, las cuales funcionan como una organización defensiva.

“Para Winnicott el infante debe ser amado tal cual es incluyendo su forma y sus funciones somáticas, y eso debe traducirse en cuidados corporales, estos cuidados toman lo que es lo físico o fisiológico y le suman una participación emocional de este modo la psique habita al cuerpo y la piel es la membrana limitante “ (Ulnik j. , 2010). Por lo cual cuando no puede surgir una integración entre psique y soma tiende a expresarse en una escisión como sustituto de una represión <sup>3</sup>

Como menciona McDougall (citado en Fossa Arcilla, 2012) en los cuadros psicósomáticos el daño es real, ya que no existe la capacidad de simbolización que puede presentar un cuadro conversivo, una patología que se expresa a nivel corporal puede ir desde los síntomas de conversión histérica hasta la patología psicósomática. Haciendo énfasis que en la patología somática hay la existencia de un aparato mental claudicado, carente de simbolismo y elaboración psíquica. Por lo cual este tipo de sujetos tienden a resolver sus conflictos emocionales a través del cuerpo. (Arcilla, 2012)

---

<sup>3</sup> Cuando la integración no se produce, su proceso inverso es el de la despersonalización y pérdida de fronteras corporales. El autor menciona casos donde la despersonalización de la personalidad se vincula con la necesidad de salvar la identidad personal y evitar la fusión con la madre, si en el proceso de separación y retorno de la madre ella no responde adecuadamente, el niño grita, para “Winnicott” la respuesta o falta de respuesta materna a ese grito marca la posibilidad de unir y venir confiable promotor de un espacio simbólico de separación y unión, o la necesidad de afección psicósomática como recurso ante la desesperanza del grito no escuchado. (Canteros 1997).

Tomando en cuenta estas opiniones teóricas se puede considerar que el lazo madre-hijo son formadoras de más de una función psíquica del individuo, lo cual más adelante conformará la personalidad del sujeto, cuando la relación madre e hijo en la primera etapa no obtiene la respuesta anhelada se va conformando lo que el niño desarrollará principalmente en la expresión y verbalización de conflictos y emociones, que más adelante le permitirá llevar un adecuado manejo de sus emociones positivas y negativas.

Con esta conformación de estructuras se puede concluir que la personalidad somática puede surgir desde la primera infancia y que si no tiene un correcto manejo puede conllevar a su vez el desarrollo de alexitimia la cual no permitirá que el sujeto conecte su parte razonable a las emociones por lo que no podrá tener una adecuada expresión y verbalización de las mismas.

### **3.1.1 Orígenes del desorden psicosomático**

La medicina psicosomática y el estudio de los problemas emocionales en relación con la enfermedad expresan la convergencia en este interés. (Dunbar 1935 citado en Cameron 1990) fue quien impulso un interés por relacionar las emociones y la enfermedad corporal.

Hoy en día es necesario redefinir los desórdenes psicosomáticos como enfermedades en las que la mala adaptación emocional domina y puede llevar a lesiones irreversibles de orgánicas o de tejidos.

Cuando una persona se ve sujeta a una carga de estrés desusado, sea de procedencia interna o externa es probable que se prepare fisiológicamente para huir o pelear, (Cannon citado en Cameron 1990) media tal preparación con ayuda de las glándulas suprarrenales y el sistema nervioso autónomo o vegetativo. El sistema nervioso autónomo o vegetativo ejercen efectos muy variados y diseminados debido a su distribución anatómica y a su forma de funcionamiento fisiológico. Todos estos planteamientos fueron posibles debido a los experimentos de Cannon y Dunbar en su búsqueda de establecer perfiles de personalidad lograron descubrir y centrar la atención en los desórdenes psicosomáticos. (Cameron, 1990)

Han existido muchos estudios de los efectos de diferentes emociones sobre distintos órganos, con lo cual se ha buscado explicar las interrelaciones fisiológicas y psicodinámicas respecto al sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo, el hipotálamo, el sistema reticular, el sistema límbico, y los diversos cambios metabólicos y hormonales, todos acompañados de efectos posteriores y de retroalimentación.

El infante desarrolla muchas de sus orientaciones y respuestas fundamentales incluyendo su crecimiento emocional, sus patrones emocionales, sus formas dominantes de búsqueda y obtención de satisfacción, sus principales medios de expresar frustración, privación, ansia, dependencia, amor y odio. Los desórdenes psicosomáticos son ejemplo de

una regresión profunda o falta de diferenciación hasta un nivel visceral primitivo, en el que las perturbaciones emocionales alteran directamente el funcionamiento visceral, si tales alteraciones se vuelven crónicas o suelen repetirse puede ocasionar daños en tejidos u órganos.

¿Por qué surgen los desórdenes psicósomáticos?

El neurótico maneja su tensión y ansiedad que de otra manera le resultaría intolerable, mediante un compromiso a cuyo producto se llama síntoma neurótico. El desorden psicósomático no forma compromiso neurótico ni distorsiona seriamente la relación externa, trata de descargar las tensiones y aliviar su ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos. Estos constituyen regresiones profundas a una fase de desarrollo del ego casi indiferenciada tal acuerdo tiene como base el carácter fisiológico primitivo de la reacción psicósomática. (Cameron, 1990)

Un paciente psicósomático a pesar de su regresión fisiológica sigue teniendo un sistema de ego sumamente organizado, un súper ego con su ideal de ego, sistemas defensivos inmensamente complejos y una riqueza enorme de pensamiento de proceso secundario.

(Ginker, Schur y et al. en Cameron 1990) afirman que cuando el paciente psicósomático cae en regresión pierde las reacciones que adquirió para responder a la particular forma de estrés participante, por lo cual sufre una desdiferenciación y maneja una tensión y una ansiedad excesiva de modos primitivos que perturban y dañan las estructuras viscerales. Este autor hace hincapié que cada órgano y cada sistema se encuentra íntimamente integrado al resto, que todos los órganos y los sistemas del cuerpo son el medio ambiente de cada órgano por separado y que cada uno de estos ayuda a componer el ambiente de cada uno de los otros órganos y sistemas internos, el organismo como un todo, comparte un ambiente total con otros seres humanos e interactúa con ellos en condiciones de estrés. (Cameron, 1990)



Cuando se cae en la regresión el paciente somático invierte parte en el proceso, se deshace parcialmente el trabajo de desomatización que permite pasar de modo normal de la fase de tormentas emocionales al establecimiento de un pensamiento de proceso secundario y una diferenciación emocional.

### **3.1.2. Los desórdenes psicosomáticos como adaptaciones**

Un proceso psicosomático puede surgir de un modo de adaptación o protección del individuo, cuando una persona se encuentra sometida a una excesiva carga de estrés, lo cual genera un desorden a nivel inconsciente, dentro del proceso de adaptación surgen diversas funciones como:

I. Desorden psicosomático puede surgir de una situación intolerable, una enfermedad física real o aparente, en lugar de volverse neurótica o psicótica la persona enferma físicamente.

II. Los desórdenes psicosomáticos suelen incluir ansiedad primaria todo el proceso es inconsciente y sus síntomas son aquellos de una enfermedad física que parece tan inevitable como una enfermedad física.

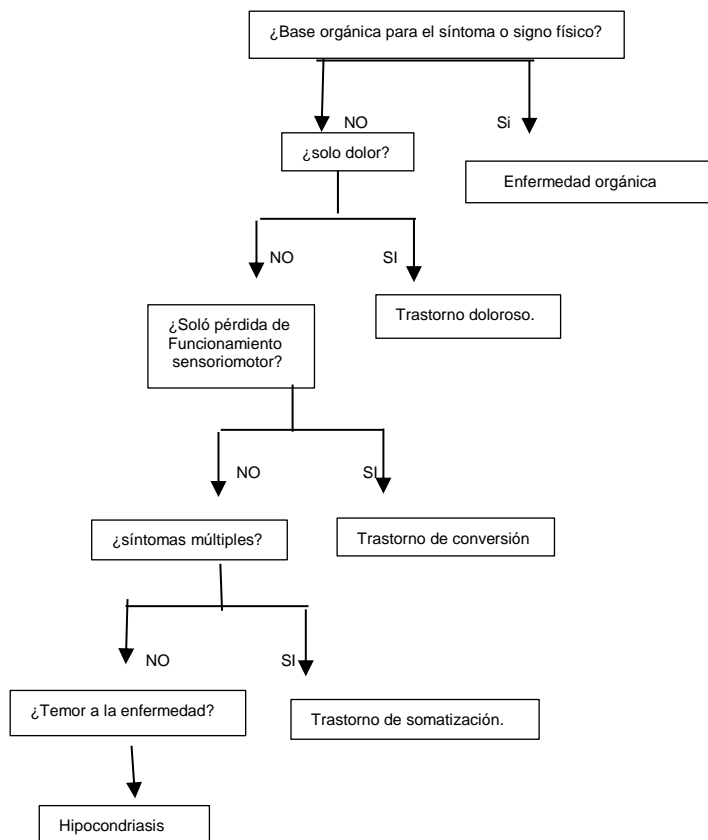
III. El desorden psicosomático puede proteger al paciente de caer en una psicosis.

IV. Otorgan al paciente privilegios o beneficios de una persona enferma sin el riesgo que interfieran con su libertad o se rebaje su estima, la ganancia secundaria como se llama muestra una dependencia emocional inconsciente, y puede ser satisfactoria para una persona inmadura.

V. La intensificación de una enfermedad física a causa de un desorden psicosomático, donde el paciente utiliza su enfermedad para incrementar u obtener interés, cuidados y afecto. (Cameron, 1990)

### 3.1.3. Desordenes psicósomáticos según el DSM IV

En los desórdenes psicósomáticos el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo. En estos desordenes el paciente intenta reducir su ansiedad incrementando la actividad corporal, en especial la actividad de su musculatura general, en el pasado las reacciones de conversión eran confundidas con los procesos psicósomáticos. Los trastornos somatomorfos son la presencia de síntomas que sugieren síntomas físicos o corporales, los datos físicos y de laboratorio no pueden explicar la aparición de dichos síntomas ya que pueden ser de origen psicológico, del 60% al 80 % de la población en general puede sufrir un trastorno somático. (Richard J)



Cuadro 1.- Árbol de decisión para el diagnóstico de trastornos somatomorfos según criterios diagnósticos de la versión del DSM IV. (Richard J)

### **3.1.4. Trastorno de somatización según el DSM IV.**

Anteriormente eran considerados como histeria o síndrome de Briquet por la aparición de los síntomas. Este tipo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos múltiples, que se repiten a través de varios años y no tienen relación con un trastorno físico identificable o bien son excesivos con respecto a los datos físicos, para el diagnóstico se descarta que exista un origen orgánico de los síntomas, estos pueden ser provocados por excesos de angustia y pueden llegar a presentar un cierto nivel de gravedad que impulsa al paciente a la automedicación con fármacos, a buscar atención médica o a realizar cambios a su estilo de vida. La ansiedad y el estado de ánimo deprimido son variables con alta influencia en este tipo de trastornos.

Las personas que padecen este trastorno suelen referir “sentirse enfermos” pueden presentar dolor físico, síntomas psicosexuales, síntomas relacionados con los sistemas neurológicos, gastrointestinales y reproductivo.

Estos trastornos suelen aparecer durante la adolescencia o antes de los 30 años, este tipo de trastornos son crónicos y es poco común que ocurra una remisión del síntoma espontáneamente. Estos pueden llegar a ser graves, persistentes, al grado de volverse incapacitantes o de alterar las relaciones laborales o interpersonales.

El trastorno de somatización también es excepcionalmente costoso en términos de gastos de atención médica por hospitalización, cirugía, pruebas y procedimientos, medicamentos.

### **3.1.5. Trastornos de síntomas somáticos nueva clasificación de acuerdo al DSM V**

Es la nueva categoría que presenta el DSM-V, en el cual el diagnóstico se realiza basándose en los síntomas positivos y los signos, la incorporación de los componentes afectuosos, cognitivos y conductuales.

Criterios Diagnósticos.

A.- Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B.- Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a las preocupaciones por la salud, como se pone de manifiesto en alguna de las siguientes características:

1.- Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas.

2.- Grado persistentemente elevado en ansiedad acerca de la salud o síntomas.

3.- Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o precaución por la salud.

C.- Aunque algún síntoma somático puede no estar presente continuamente, el estado sintomático es persistente (por lo general 6 meses). (APA psiquiatría, 2014).

## CAPITULO IV ANSIEDAD

### 4. Definición

La palabra ansiedad señala un estado de inquietud o preocupación respecto a lo que puede suceder. (Dana, 2014)

Desde un punto de vista etimológico, la palabra ansiedad tiene un antepasado directo en latín, *anxietas*. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea *angh* de la cual se deriva no sólo y aquí está lo interesante el vocablo *anxietas*, sino también la palabra *ango*, angustia. Ambos términos, como lo señalara Pichot, eran utilizados de manera indistinta para hacer referencia a diferentes significados, tal como puede rastrearse en textos de autores clásicos como Cicerón o Virgilio: constricción angostamiento achicamiento y sufrimiento. Es justamente esta ambigüedad de significados y de términos (ansiedad/ angustia; constricción/sufrimiento). (Sarudiansky, 2013)

Litré y Robin, definieron *angoisse* como sensación de constricción o de presión en la región epigástrica, acompañada de una gran dificultad para respirar y de inmensa tristeza; éste es el grado más avanzado de la ansiedad, Mientras que *anxiété* se correspondía con un estado afligido y agitado, con sensación de dificultad respiratoria y presión sobre la región precordial; inquietud, ansiedad y angustia eran tres etapas del mismo fenómeno. La diferenciación entre estos tres términos ansiedad, angustia e inquietud tiene un carácter dimensional, se distinguen en virtud de su grado de severidad o de capacidad de generar sufrimiento al individuo. (Sarudiansky, 2013)

Henri Ey define la ansiedad como un modo de organización catastrófica, frente a un peligro a veces presente e inminente, pero a veces ausente e incluso imaginario. (Ey en Sarudiansky, 2013)

Brissaud en 1890, definía a la angustia como un trastorno físico caracterizado por una sensación de constricción, mientras que la ansiedad se correspondía con un trastorno psíquico que contiene sentimientos de inseguridad. (Sarudiansky, 2013)

Freud considero la ansiedad como un estímulo y clasifico 3 fuentes distintas de ansiedad, cuando se producía como resultado de algún hecho de la realidad externa la denomino ansiedad objetal la cual hoy se conoce como miedo, a la que era ocasionada por impulsos internos o del ello, independientemente de las condiciones externas la llamo ansiedad neurótica la cual hoy en día se conoce como ansiedad, y la que era producida por un conflicto superyoico la denomino ansiedad moral a la cual hoy denominamos culpa. Creía que la ansiedad neurótica era generada por actos que no se consumaban como ejemplo un conflicto surgido entre el ello y el yo o superyó. (Dana, 2014)

También la ansiedad es definida clínicamente como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.

Se encuentra presente en la mayoría de los pacientes y también se puede detectar en pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos adaptativos, fobias, como reacción a una enfermedad somática. (Jarne Esparcia, Talam Caparras, Armayones Ruiz, Horta I Faja, & Requena Varón, 2006)

Las áreas sobre las que repercute la ansiedad son:

A) Área cognitiva. -temor, espera de un peligro, sentimiento pesimista, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración.

B) Área conductual o relacional. - irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental.

C) Área somática. - hiperactivación vegetativa.

Estas repercusiones no se observan de la misma manera en todos los sujetos, hay sujetos en los que se presenta más ansiedad en un área que en otra, este fenómeno se llama disociación o fraccionamiento de respuestas. (Jarne Esparcia, Talarn Caparras, Armayones Ruiz, Horta I Faja, & Requena Varón, 2006)

La ansiedad produce desordenes psicósomáticos, es un factor importante en la estructuración del desarrollo de la personalidad, si se permite volverse demasiado intensa a principios de la vida puede llegar a producir distorsiones de carácter serias, a altos niveles puede precipitar y perpetuar desorganizaciones del ego aterradoras, en las cuales el paciente adulto puede experimentar algo parecido al mundo sin objetos de la infancia.

Es considerada normal cuando su intensidad y carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones, la ansiedad normal cumple funciones útiles pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, suele ser la raíz de la risa y el goce.

Esta también tiene desventajas, las cuales se verán expresadas si una persona no puede hacer nada ante una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito alguno una sensación de tensión, preocupación, expectativa vaga, lo cual conlleva que al paso del tiempo los recursos de la persona se vean fatigados y agotados. La ansiedad normal suele preparar a una persona para la acción rápida y eficiente, le hace perder su flexibilidad y su libertad.

La función principal de la ansiedad será preparar a la persona defensivamente cuando se enfrenta a un ataque probable o cierto. En otros casos sirve como protección contra una sensación de indefensión. La

ansiedad surgida en el momento parece funcionar como una barrera protectora generalizada.

#### **4.1.1 Antecedentes históricos de la ansiedad**

La ansiedad tiene su principal antecedente histórico en la angustia, antiguamente se creía que estas palabras eran sinónimos y significaban lo mismo al estudiarlas en diferentes contextos se pudo conocer que no eran sinónimos. (Galletero, 1989)

El primero en estudiar y describir la angustia fue Sigmund Freud, quien distinguió una entidad diagnóstica con el termino de neurosis de ansiedad. Desde que Robert Burton 1964, al principio del siglo XVII describiera los trastornos originales, a lo que el llamo temor, Freud distinguió primero entre ataques agudos de ansiedad (a los que frecuentemente se refirió con el termino pánico y a la ansiedad crónica). Consideró la angustia como respuesta a los peligros externos o internos, según la primera explicación tales peligros sobreinundarian al individuo produciendo una descarga en forma de angustia automática, los peligros al ser percibidos harían que el yo produjera una ansiedad como alerta que pondría en marcha a los mecanismos de defensa. (Galletero, 1989)

Freud consideraba que la neurosis de la angustia seria causada por una insatisfacción de la libido que al no alcanzarse naturalmente en el acto sexual derivaría hacia la formación de la angustia. En su proyecto en 1895 propuso que hay estímulos que sobrepasan la capacidad de elaboración del niño y le producen angustia, siendo el niño dependiente de la madre se produciría la angustia de separación, los cuales se tratan de peligros que amenazarían la integridad del yo posteriormente basándose en su modelo estructural de 1923. (Freud en Odier 20014)



“La auténtica teoría de angustia de Freud: tiene como base 3 factores etiológicos, mencionando que al principio de la angustia hay sentimiento de peligro, el que desencadena el proceso y es su *primum movens* y su motor hasta el final, esta condición etiológica no es suficiente para que el Yo sea invadido por angustia verdadera, el sentimiento de impotencia ante el peligro, a la par del recuerdo o evocación brusca de un recuerdo penoso el cual tiene como resultado un trauma, estas dos condiciones contribuyen a determinar un sentimiento específico: el sentimiento de paralización ante la inminencia de una catástrofe la cual se manifiesta como una causa inmediata de la angustia. se compone de tres términos que forman entre sí una funcional, sobre la realidad de choque o herida que rompe el equilibrio psíquico. Por lo tanto, la angustia consiste en una reacción del Yo a un conjunto coherente de excitaciones exógenas y endógenas, la mayoría de los seres humanos son atacados de ansiedad, y en la mitad de ellos esta se convierte en angustia.” (Odiar, 2014)

Freud consideró la ansiedad como una respuesta a impulsos inconscientes del ello como una señal anticipatoria de un suceso peligroso futuro que permitiría poner en marcha los mecanismos de defensa. Así la ansiedad sería la causa más que el resultado de la represión. (Galletero, 1989)

Otto Fenichel (1957) menciona que la descarga de angustia iría ligada a una pérdida de control del yo por debilitamiento del mismo el yo se defendería de la angustia bloqueándola, acelerando o retardando su salida mediante mecanismos como transformación de afecto, desplazamiento, negación, aislamiento, proyección. El Yo sano se diferencia del enfermo por su capacidad de prevenirse ante un avasallamiento afectivo en las señales de angustia utilizando los afectos en una forma racional. (Fenichel en Galletero 1989)

Karen Horney (1942) menciona que la angustia normal se diferenciaría de la neurótica en que en esta última el ataque hostil del ambiente que teme el individuo es oculto y subjetivo, en la cual ofrecería 4 vías de escape ante la

angustia las cuales serían: racionalizarla, negarla, narcotizarla (como hacen los adictos), y evitarla lo que produce la inhibición a sentir o hacer determinadas cosas. (Horney en Galletero 1989)

Erich Fromm (1941) relacionaba que la angustia provenía de experiencias de abandono que recuerdan la primera separación de la madre, lo que provoca la regresión a la dependencia produciendo una neurosis. (Fromm en Galletero 1989)

Para Bianchedi y cols. opinaban que para Freud las funciones primordiales de ansiedad son el favorecer la autopreservación, la adaptación psicológica e incluso la estructuración del aparato psíquico. En cambio, para Melanie Klein la ansiedad es un motor de desarrollo, una base necesaria para la formación de símbolos y para la fantasía. (Galletero, 1989)

Berrios (2008, en Sarudiansky 2013) explica que las conductas “de tipo ansioso, de inquietud y desasosiego”, pueden ser rastreadas en la bibliografía existente de distintos momentos históricos, desde los primeros textos atribuibles a la disciplina médica occidental, en los cuales se hacía referencia a estados de angustia o aflicción que acompañaban el curso de distintas enfermedades físicas, aunque no necesariamente eran circunscriptos a cuadros mórbidos específicos. En el siglo V a.c., en Aforismos y sentencias Hipócrates señalaba sobre un enfermo: En el día tercero estuvo muy caído, tuvo sed, congoja en el estómago, mucha inquietud y aflicción con angustias. (Sarudiansky, 2013)

Pueden observarse condiciones homologables a estados de ansiedad en textos de Sófocles, Platón o Arateo, ya entrado el siglo XIX, Pinel incluía en distintos cuadros los síntomas que actualmente se corresponderían con la ansiedad, tales como la epilepsia, la melancolía o ciertas neurosis. (Sarudiansky, 2013)

Henri Ey (Ey en Sarudiansky 2013) en su introducción al estudio sobre la ansiedad mórbida, la describe como una reacción afectiva patológica tan

general que, lejos de constituir un síntoma o un síndrome bien delimitado, se encuentra más o menos en la estructura misma de todos los estados psicopatológicos coloreándolos así de uno de los reflejos más específicos del alma humana. En la mayoría de los textos contemporáneos los cuales tratan sobre la ansiedad, se relacionan con el miedo, percibiendo al miedo como una experiencia propia de los seres humanos, aunque no exclusiva, la cual implica ciertas consecuencias, de tipo comportamentales, fisiológicas, emocionales, psicológicas, cognitivas o espirituales. (Sarudiansky, 2013)

En 1894, Freud ya hacía referencia a las distintas características de las neurosis de angustia, entre las que incluía: irritabilidad general, expectativa angustiada, la posible presencia de ataques de angustia, los cuales se caracterizan por perturbaciones de la actividad cardíaca (palpitaciones, arritmia, taquicardia), perturbaciones de la respiración (disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc.), oleadas de sudor, temblores y estremecimientos, ataques de hambre, diarreas, terror nocturno, perturbaciones digestivas, vértigo, congestiones y parestesias.(Sarudansky, 2013)

#### **4.1.2 Ansiedad patológica y normal**

Se califica como ansiedad patológica cuando es desproporcionada a la situación y demasiado prolongada, afectando al individuo a nivel personal y social. Presentando una respuesta exagerada en cuanto a intensidad como en duración, miedo a consecuencias somáticas, bloquea el rendimiento hasta el extremo de no encontrar respuesta, se presenta sin estímulo.

El diestres puede provocar un trastorno de ansiedad tras una interpretación errónea de la realidad, en la cual el sujeto presenta un estado de indefensión que no le sirve para nada y no permite seguir con su vida diaria, generando un grado de ansiedad mayor.

Spielberger (1972) “Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.”

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”

En el DSM-IV-TR (2001) “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.”

Esta ansiedad se considera patológica en los adultos cuando no parece ser justificada, se exagera demasiado, o dura un tiempo prolongado, y da lugar a maniobras defensivas que interfieren con el gozo y con la vida activa de una persona, esta representa una tensión que exige una descarga vaga e inmediata con ayuda de hiperactividad, lo cual trae de regreso una situación infantil.

También puede considerarse patológica cuando exige una represión o supresión excesiva de tal modo que la persona pierda su espontaneidad y

se muestre inhibida, en guardia o apática, y se provoque con ello la desorganización de la experiencia y la conducta, finalmente será patológica cuando provoque actos impulsivos, distorsiones en los impulsos sexuales o agresivos como se ve claramente en los desórdenes de la personalidad.

La ansiedad no patológica ayuda a enfrentar y resolver problemas reales, este tipo de ansiedad aparece ante la anticipación de un daño o desgracia futura acompañado de una emoción desfavorable, se presenta ante un estímulo y puede ser controlada y es necesaria para adaptarse al medio ambiente. Puede surgir de manera inesperada ya que es una respuesta emocional y física del organismo ante una amenaza externa que suele ser displacentera para el individuo ocasionando tensión mental.

### **4.1.3 Trastorno de ansiedad**

De acuerdo al DSM V los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad, exclusivas, así como alteraciones conductuales asociadas. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre si según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y según la cognición asociada.

Criterio diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad o preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante mas días de los que se ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en relación a diversos sucesos o actividades.

Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocia a tres o más de los síntomas siguientes y al menos alguno de los síntomas presentes durante mas días de lo que han estado ausentes durante seis meses:

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio.)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### Características diagnósticas:

Características esenciales de trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesiva acerca de una serie de acontecimientos o actividades.

Dificultad para controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas.

Las personas con ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales ocupacionales o de otras áreas importantes del comportamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos de 3 de los siguientes síntomas: inquietud, sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño a pesar de que en los niños solo se requiere un síntoma adicional.

### *Factores de riesgo en pronóstico*

Temperamentales: inhibición de la conducta, afectividad negativa, evitación del daño.

Ambientales: Adversidades en la infancia, sobreprotección.

Genéticas o fisiológicas: un tercio es genético.

Variaciones culturales: se presenta mayormente en mujeres.

### *Prevalencia:*

Anualmente varía del 0.4 al 3.6%, el riesgo de por vida es de 9.0%, en mujeres es el doble de probabilidad que en los varones mayor prevalencia del diagnóstico se realiza en la edad media de vida con disminución en edades más avanzada.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada.

La preocupación excesiva perjudica la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente. Aparición de síntomas asociados como: tensión muscular, sensación de excitación o nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse, trastorno del sueño.

De acuerdo a los sistemas de clasificación vigentes APA (American Psychiatric Association), OMS (Organización Mundial de la Salud), los trastornos de ansiedad se organizan en diferentes cuadros, que incluyen desde estados paroxísticos ansiosos, ataques de pánico o crisis de angustia, hasta trastornos que se definen por la presencia de temores irracionales o preocupaciones excesivas, que no necesariamente incluyen la sintomatología aguda.

Otro de los puntos clave a la hora de definir la ansiedad tiene que ver con el hecho de si ésta es un fenómeno circunstancial (es decir, agudo, transitorio) o permanente (de carácter crónico). (Sarudiansky, 2013)



#### **4.1.4 Enfermedades somáticas y ansiedad**

El médico escocés William Cullen en 1769, haciendo referencia a “enfermedades de los sentidos y del movimiento, sin fiebre idiopática y sin afección local. Georget las redefinió como enfermedades crónicas e intermitentes, sin lesión anatómica post mortem, no necesariamente peligrosas, pero que ocasionaban excesivo sufrimiento en quienes las padecían. Según este autor, las neurosis podían incluir dolores de cabeza frecuentes, locura, hipocondría, catalepsia, corea, histeria, palpitaciones nerviosas, asma, gastralgia y neuralgias. en la categoría ideada por Cullen en especial las que se refieren a las obras de Thomas Willis y Sydenham se encontraban bajo el ala de las neurosis cuadros tales como la histeria, la hipocondría y la melancolía, a la vez que referencias a síntomas incluidos en descripciones contemporáneas de la ansiedad como disnea, dispepsia o palpitaciones.

Hemos podido observar que a pesar de que las neurosis y su heredera por excelencia, la ansiedad desde mediados del siglo xx, han sido objeto de estudio casi exclusivo de la psiquiatría y la psicología, sus modos de expresión fundamentalmente somática las hacían parte de ramas biomédicas tales como la neurología o la cardiología. Las neurosis se transformaron en uno de los bastiones más importantes de las distintas tradiciones psicológopsiquiátricas, conservando asimismo la característica fundamental de incluir en sus definiciones una gran cantidad de posibles manifestaciones o síntomas.

## **CAPITULO V ESTRÉS**

### **5. Estrés**

Hans Selye advertía de este problema cuando decía: “hoy en día todo el mundo parece hablar del estrés, usted puede oírlo no solo en las conversaciones diarias, sino también a través de la televisión, la radio, los diarios y el elevado número de conferencias. Muy poca gente define el concepto con el mismo sentido o se preocupa de intentar una definición. La palabra estrés, como éxito, fracaso o felicidad significa cosas distintas para todos los individuos.” (Selye s/f en Sandin2009) (Belloch, 2009)

El estrés es un factor que afecta la calidad de vida, como define Hans Selye creador de la teoría del estrés, indica al estrés como la velocidad de desgaste vital. Tomando en cuenta esta definición se puede referir que el proceso socioeconómico y cultural que se desarrolla en la sociedad produce que este desgaste se incremente en una velocidad más rápida, esto produce cambios en el ser humano que van desde el comportamiento hasta cambios a nivel cerebral, como lo es el envejecimiento cerebral.

En los últimos años el estudio del estrés se ha vuelto parte de la atención médica primaria ya que muchas personas sufren las consecuencias reflejadas en inestabilidad de su estado de salud, incluso se ha reflejado que el estrés ha superado a las infecciones como causa de muerte. (Orlandín, 1999)

### **5.1.1 Teoría del estrés de Hans Selye**

Selye popularizó el término estrés y fundó esta área de investigación en las ciencias de la salud, esta teoría propone al estrés como una respuesta no específica del organismo. (Belloch, 2009)

Menciona que el agente desencadenante del estrés suele ser un elemento que trasgrede la homeostasis del organismo. Con base a esta teoría un estímulo cualquiera puede jugar el papel de estresor, siempre que incite al organismo a generar una respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés. Esta respuesta suele ser estereotipada, involucrando la activación del eje hipotalámico-hipofisio-suprarrenal (con activación de corticoides) y del sistema nervioso autónomo lo cual al persistir puede ocasionar un síndrome de estrés característico. (Belloch, 2009)

Cuando el individuo padece un estrés excesivo está implicando un sobreesfuerzo del organismo para sobreponerse al nivel de resistencia del estrés. (Selye 1974; Sandin1989) (Belloch, 2009)

Cannon también generó una teoría derivada de la teoría de Selye en la que principalmente se enfocaba a las reacciones de lucha – huida respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa a un estímulo amenazante ya sea externo o interno el cual es el resultado de la activación del sistema nervioso simpático junto con la liberación de catecolaminas por la medula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina).

Cuando el estrés sobrepasa las barreras se crea un síndrome estereotipado el cual se compone por tres etapas que son:

1. Reacción de alarma: reacción del organismo al ser expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado. Este proceso tiene dos fases: 1) fase de choque – reacción inicial e inmediata al agente nocivo, 2) fase de contrachoque – reacción de rebote, movilización de una fase defensiva.

2. Etapa de resistencia: el organismo sufre una adaptación al estresor o agente causal del estrés.

3. Etapa de agotamiento: esta solo llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado.

Masson (1968 en Sandín 2009) demostró la gran sensibilidad del sistema endocrino para responder a los estímulos emocionales, permite sugerir que lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales. (Belloch, 2009)

### **5.1.2 Definiciones de estrés**

Suele llamarse estrés al agente o estímulo, factor que lo provoca o estresor, también es una respuesta biológica que expresa a su vez una respuesta psicológica generada por el estresor (Orlandín, 1999).

El estrés implica un proceso de recreación especial ante demandas fundamentalmente de naturaleza psicológica. Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona, la situación, siendo valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

Para DeLongis, Lazarus y Folkman (1988) el estrés en si mismo no es una variable simple, sino un sistema de procesos interdependientes, incluidos la evolución y el afrontamiento que median la frecuencia, la intensidad, duración, y tipo de respuesta psicológica y somática. (Belloch, 2009)

El estrés es producido cuando el equilibrio psíquico y físico del individuo se ve alterado por un agente externo o interno.

### **5.1.3 Modelo Procesual del estrés**

Este modelo consta de 7 etapas en las cuales el individuo se enfrenta al estrés, estas son:

1. Demandas psicosociales: son todos los agentes externos causales primariamente del estrés, podría incluir no solo factores psicosociales sino también agentes ambientales naturales y artificiales (estresores ambientales).

2. Evaluación cognitiva: esta ocurre cuando el individuo realiza una valoración de la situación o demanda psicosocial.

3. Respuesta al estrés: es la respuesta fisiológica, psicológica relacionada al estrés de tipo emocional y suelen tratarse de respuestas de ansiedad y/o depresión.

4. Afrontamiento: son los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el individuo para enfrentar a las demandas estresantes, así como para suprimir el estrés. El afrontamiento como la evaluación cognitiva es una variable mediadora a la respuesta del estrés.

5. Características personales: conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores.

6. Características sociales: apoyo social, nivel socioeconómico, redes sociales, recurso social de afrontamiento con el que hace frente a los estresores, todos los antes mencionados ayudan al individuo a superar el estrés que se puede llegar a generar.

7. Estatus de salud: fase del proceso, del cual depende el funcionamiento de todas las fases anteriores.

#### 5.1.4 Estresores definición y tipos de estresores

Se conocen como estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades, estos pueden clasificarse de la siguiente manera: muy breves, breves, prolongados y crónicos. (Orlandín, 1999)

**Estresor único y reiterado:** la repetición del mismo tema puede reducir o agravar la respuesta al estrés.

**Estresores únicos y múltiples:** estos se producen en cadena donde el precedente determina al consecuente

También se pueden clasificar por la intensidad del impacto, lo que determina el impacto será la susceptibilidad personal, la intensidad del psicotrauma o estresor determinará la forma clínica de la enfermedad psíquica por estrés.

Estresor de acuerdo con su naturaleza: los agentes del estrés pueden ser físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales o psicosociales, se consideran factores de estrés físico la gravitación y la ingravidez, la aceleración, la carga biomecánica por el levantamiento de peso, los traumatismos mecánicos, las vibraciones, la polución por el ruido, la irradiación, la exposición al sol, el defecto o exceso de luz o humedad o temperatura, las ondas, los campos electromagnéticos y las descargas eléctricas, las tormentas, ciclones y terremotos. Estos factores pueden ocasionar ciertas enfermedades. Los agentes de estrés químico son producidos por el estrés nutricional debido al exceso o defecto de azúcares, grasas, proteínas, vitaminas o minerales, por déficit o exceso de oxígeno, por sustancias irritantes o tóxicas, consumo abusivo de café, tabaco, alcohol y drogas, polución ambiental. Los estresores fisiológicos son el ejercicio, la privación de sueño, hambre, encuentro sexual, la menstruación, el parto, la lactancia, la inflamación de un órgano, infecciones, heridas, quemaduras, hemorragias, estado de shock, enfermedades

corporales, intervenciones quirúrgicas, picazón, dolor. Los factores de estrés intelectual son el cálculo matemático, test de inteligencia, la sobre carga, la incoherencia, la inteligibilidad de la información, la lectura de un texto complejo, jugar ajedrez. Los agentes de estrés psicosocial son el duelo, los conflictos de la pareja, las competiciones deportivas, trabajo aburrido o excesivo, pobreza, guerra, migraciones.

Las consecuencias de estos estresores generalmente suelen manifestarse en enfermedades mentales, accidentes, violencia, adicciones, síndromes psicosomáticos. (Orlandín, 1999)

Estresores reales, representados e imaginarios, estos pueden originarse de una situación real o puede también ser creado por la mente del sujeto.

Estresores exógenos, endógenos e intrapsíquico los cuales se organizan de la siguiente manera: exógenos todos aquellos que proviene del ambiente, los que son originados en el cuerpo son llamados endógenos y los provocados en la mente del individuo se catalogan como intrapsíquicos.

Estresor causal, mixto o desencadenante de enfermedad para que esto ocurra es necesario de dos factores: estresor y susceptibilidad a la enfermedad a este tipo de enfermedades se les conoce como enfermedades situacionales o psicogénicas.

### **5.1.5 Respuesta al estrés**

Retomando lo propuesto por Selye, el estrés es una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual al estresor, que origina cambios en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, de significado defensivo que el denomino como síndrome general de adaptación. Lo cual se manifestará mediante percepciones, conocimientos, rememoraciones,

emociones, defensas, mecanismos de enfrentamiento cambios en actitudes, autoestima, conductas y síntomas.

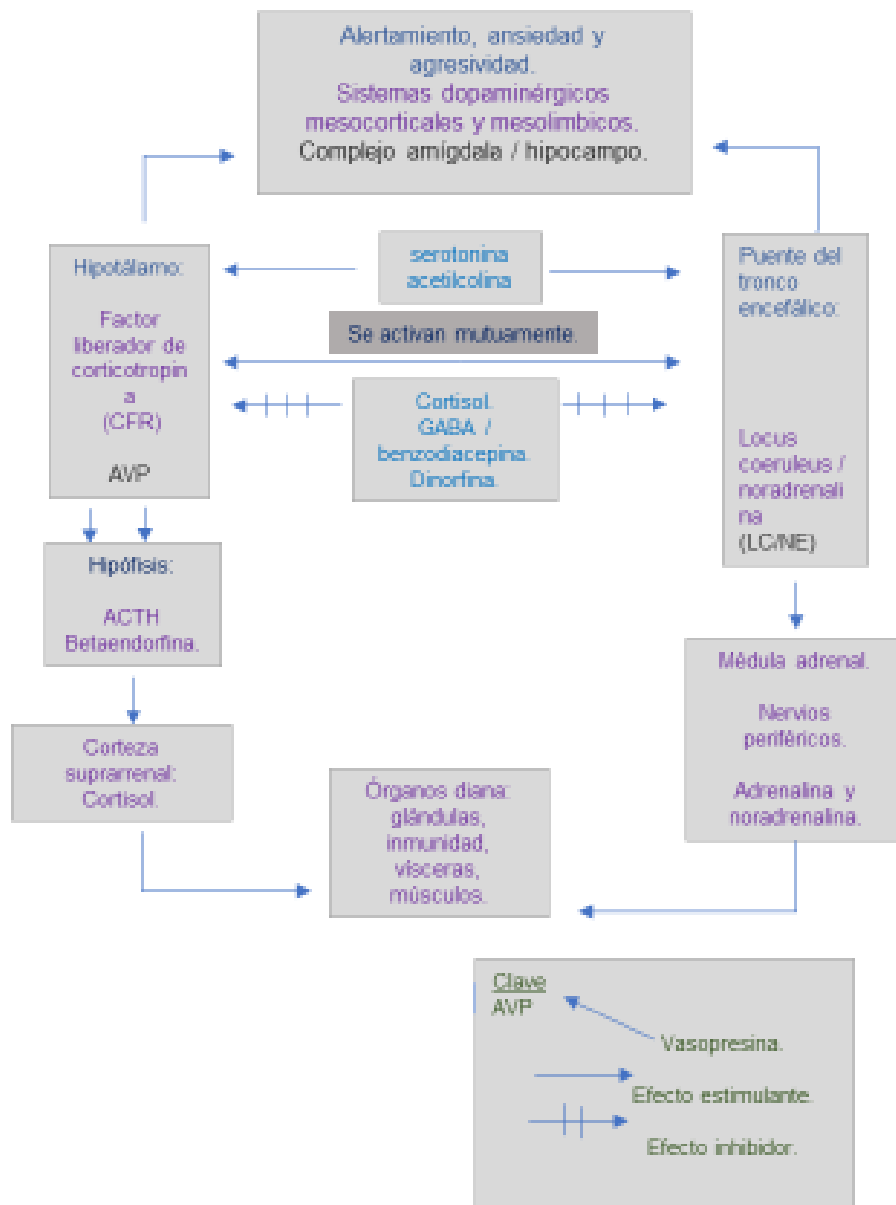
Las respuestas al estrés suelen manifestarse en todo el cuerpo, siendo el cerebro el principal órgano de respuesta y determinación de la actividad de los tejidos sobre los cuales actúa el sistema nervioso, la liberación de hormonas y neurotransmisores, esta activación es de suma importancia para poder sobrevivir.

En la respuesta al estrés se genera una activación de las defensas y los mecanismos de enfrentamiento (negación, represión, evitación, cambios de humor.) para el estado de salud del ser humano es importante tener un poco de buen estrés, cuando los límites son excedidos el estrés se vuelve tóxico al organismo causando una respuesta desencadenada hasta ocasionar desarreglos en la salud del individuo.

El ser humano al ser un sistema complejo y complementario al manifestarse una respuesta ante un estresor se ocasiona una activación de diferentes sistemas fisiológicamente hablando como lo son: activación de sistemas neuroendocrinos, hipotálamo – hipofisis – corticosuprarrenal, medula suprarrenal, activación del sistema nervioso autónomo simpático.

La respuesta al estrés resulta importante para la supervivencia, la naturaleza ha creado un aparato para su organización, regulación y control los componentes más importantes son: la CFR (factor liberador de corticotrofina) y el locus coeruleus (véase cuadro 2 muestra el esquema de sistema de estrés).



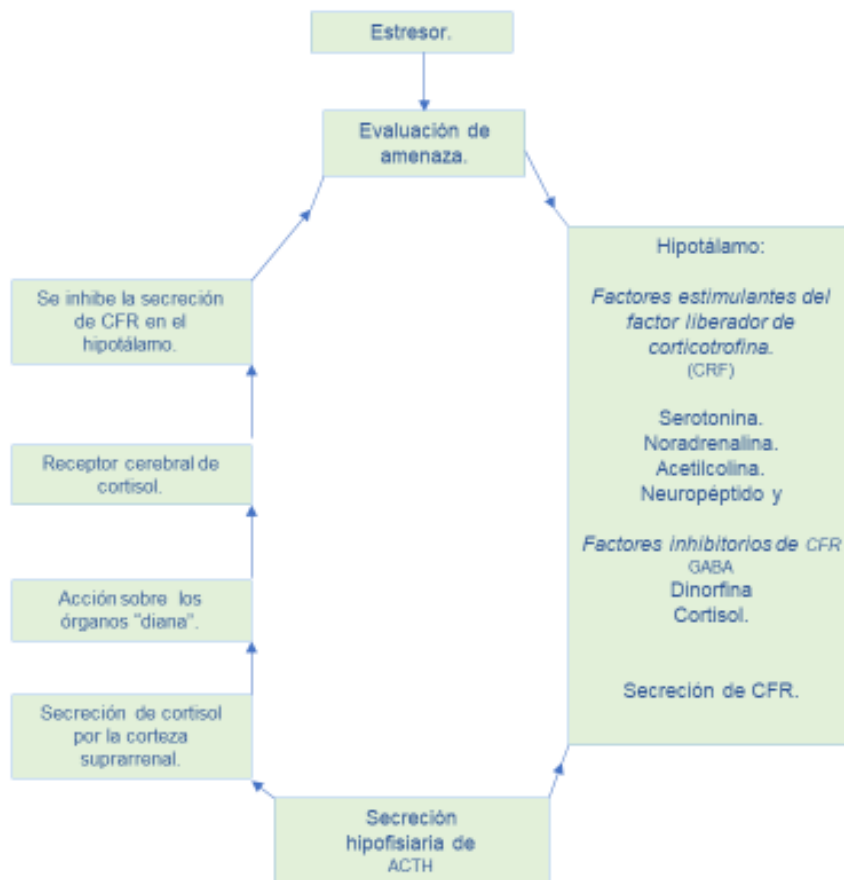


Cuadro2.- Esquema sistema del estrés (Orlandín, 1999).

CFR factor liberador de corticotrofina. - péptido cerebral localizado en el núcleo paraventricular del hipotálamo, coordina los componentes endocrinos, vegetativos, inmunitarios y conductuales del estrés. Actúa sobre la hipófisis, determina la activación de ACTH (hormona adrenocorticotropa o corticotropina) y Betaendorfina.

Es capaz de estimular directamente la glándula suprarrenal y provocar la secreción de cortisol (hormona del estrés).

También activa el locus coeruleus, la medula suprarrenal, los nervios simpáticos, provocando la secreción de adrenalina y noradrenalina, mediante la secreción del cortisol se deprime indirectamente los medidores de inflamación y de inmunidad. La CFR actúa directamente sobre el sistema nervioso, ocasiona conductas de alerta, ansiedad, agresividad, anorexia y disminución del deseo sexual. (Orlandín, 1999)



Cuadro 3.- circuito de la actividad del eje CRF – ACTH – CORTISOL. (Orlandín, 1999).

Locus coeruleus / norepinefrina (LC /NE).- localizado en la región del puente cerebral cerca del cuarto ventrículo, sus neuronas contienen norepinefrina,

es activado por la serotonina y la acetilcolina, es inhibido por el cortisol, sistema GABA /benzodiazepina y la dinorfina, la actividad de este núcleo provoca la secreción de noradrenalina en la corteza cerebral, el lóbulo límbico, hipotálamo, médula espinal, sistema simpático periférico con las manifestaciones conductuales de alertamiento y ansiedad. (véase cuadro 3 circuito de la actividad del eje CRF-ACTH-CORTISOL).

El reconocimiento del estrés ocurre en la corteza cerebral, en el lóbulo límbico donde las respuestas de la emoción que sugieren los estímulos, la formación reticular responde despertando al sistema de vigilancia cerebral y en el hipotálamo se encuentran los centros de control visceral que se activan con los estresores. (Orlandín, 1999)

El hipotálamo dispone dos modos de influencia de acuerdo con Orlandini 1999, segrega factores que liberan hormonas las cuales actúan sobre la hipófisis y activa también la medula de la glándula suprarrenal la cual segrega catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) las cuales encienden la respuesta en el organismo al estrés. En el cerebro se libera la dinorfina la cual actúa como inhibidor de CFR y el locus coeruleus.

Durante el proceso de estrés el organismo principalmente el sistema endocrino libera diferentes hormonas a través del hipotálamo, la hipófisis, las glándulas endocrinas periféricas.

En la hipófisis se libera adrenocorticotropina (ACTH) y beta-endorfina las cuales actúan de manera metabólica y analgésica durante el estrés, la hipófisis libera prolactina la cual en periodo de estrés inhibe la sexualidad y estimula la proliferación de linfocitos y la inmunidad, la retención de agua en el riñón se eleva por la liberación de la arginina – vasopresina (AVP) a la vez también causa la elevación de la tensión arterial, la pituitaria segrega corticotrofina la cual deprime el eje reproductivo sexual, la glándula suprarrenal produce cortisol en grandes cantidades y la conversión de la tiroxina (T4) en triyodotironina (T3) disminuye en la tiroides, en el páncreas se incrementa la

producción de glucagón lo cual provoca el aumento de la glucemia, en los testículos disminuye la producción de testosterona.

Con todo lo mencionado anteriormente se puede observar que el estrés se manifiesta en todo el organismo provocando diversas reacciones que tal vez no son visibles o fáciles de identificar pero que ocasionan un cambio fisisio – bioquímico en el organismo del sujeto que atraviesa por periodos de estrés.

Cortisol. - mejor conocida como hormona del estrés afecta los tejidos diana provocando la elevación de la glucosa sanguínea, incrementa la presión arterial por retención de sodio, facilita la formación de úlceras en mucosa gástrica, aumenta la degradación de las proteínas y la formación de ácido úrico, en el cerebro se inhibe la secreción de CFR y el locus coeruleus, inhibe también los mediadores de inflamación y de inmunidad.

El sistema endocrino e inmunitario conforman un circuito y se comunican a través de sesenta a cien señales bioquímicas llamadas neurointermediarios, neuropéptidos, hormonas, factores de crecimiento de tejido linfóide, citoquinas, eicosanoides, etc. En presencia del estrés la inmunidad es deprimida, el hipotálamo tiene un papel importante ya que en él existen receptores sensibles a los intermediarios de la inmunidad lo cual le permite regularla mediante la hipófisis y el sistema autónomo visceral. El sistema inmunitario se moviliza mediante dos sustancias que son: las citoquinas y los intermediarios de la inflamación.

La interleuquina 1 (IL-1) segregada por los macrófagos y el cerebro, produce la estimulación de las glándulas endocrinas produciendo liberación de insulina, glucagón, hormona de crecimiento, prolactina, tirotrópina, vasopresina, CFR, ACTH Y CORTISOL, esta citoquina es capaz de estimular el eje suprarrenal actuando directamente sobre el hipotálamo, hipófisis, y la glándula suprarrenal.

Mediante el cortisol se inhibe la síntesis de citoquinas, el mecanismo supresor de inflamación a través del cortisol evita que las sustancias proinflamatorias puedan provocar daño en algún tejido. En el estrés agudo se aumenta la inmunidad elevando la inmunoglobulina M (IgM).

Las catecolaminas, la adrenalina y la noradrenalina son las hormonas que se encuentran en el cuerpo animal para huir o luchar, su activación permite pasar del estado de reposo al estado de alertamiento, son liberadas en pequeñas cantidades por las terminaciones del sistema vegetativo simpático y la medula suprarrenal, la cual provoca efectos sobre las vísceras y el metabolismo suelen variar, puede haber liberación de catecolaminas que ocasionan el relajamiento de la musculatura digestiva, reducción del peristaltismo intestinal, constricción de arterias renales, y liberación de renina sustancia con efecto hipertenso.

El estrés puede provocar que la actividad del sistema nervioso central se incremente, a través del aumento del tono vegetativo simpático, las catecolaminas y las hormonas, dispone el metabolismo y los tejidos periféricos para la respuesta óptima a la demanda del esfuerzo psíquico y corporal.

El organismo al estar sometido al estrés reacciona de manera extraordinaria, buscando que el mismo restaure su funcionamiento normal, las emociones que acompañan al estrés son negativas ejemplos de ellas son: la ansiedad, la ira, miedo, depresión, también se presentan resultados desadaptativos que pueden ocasionar bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente.

### **5.1.6. Afrontamiento y mecanismos de enfrentamiento**

El afrontamiento tiene como finalidad reducir la experiencia subjetiva de la respuesta del estrés, es el mediador fundamental en la respuesta emocional.

Los mecanismos de enfrentamiento se relacionan por todas las experiencias previas, autoestima adecuada, estado de ánimo alegre, apoyo de la red social. Dentro de estos se encuentran: la agresión, la evitación, la huida entre otros que son aprendidos durante la vida de manera involuntaria, este tipo de procesos son los esfuerzos intrapsíquicos y de acción para controlar, tolerar, reducir, menospreciar las demandas internas o del ambiente.

Sigmund Freud describió las neuropsicosis de defensa (1984) las cuales se describían como las defensas o mecanismos de enfrentamiento que realiza el individuo ante un estímulo o estresor. Estos son procesos automáticos e inconscientes que pueden tener una tendencia repetitiva, carecen de realidad son dependientes de los conflictos inconscientes, son capaces de deformar las percepciones y los juicios sobre la propia persona. Estas adquieren carácter enfermizo cuando distorsionan la realidad y dañan al sujeto u otra persona. (Orlandín, 1999)

La cultura provee al individuo habilidades y procedimientos antiestrés para hacer frente a los estresores, las personas que poseen escasa cultura tienen una pobre defensa o mecanismo de afrontamiento deficientes lo cual puede generar al sujeto enfermedades por estrés.

El apoyo social es de suma importancia ya que actúa como amortiguador del impacto de los estresores, y brinda al individuo una mejor capacidad de afrontamiento al estrés.

Un factor importante en el afrontamiento es la coherencia la cual brinda al individuo el control y dominio de los estresores, cuando mayor es el sentido de coherencia de una persona menos dañino será el estrés, este

sentido de coherencia surge de la suma de la significación, la manejabilidad y la inteligibilidad de las tareas y situaciones.

#### **5.1.7. Patogenia de la enfermedad por estrés**

Mecanismos del estrés; respuestas fisiológicas, intelectuales, emocionales, conductuales que resultan del significado que se atribuye al estímulo social. (Orlandín, 1999)

Mecanismos precursores de la enfermedad, efecto prolongado a los mecanismos del estrés que provocan cambios funcionales. (Orlandín, 1999)

Enfermedad. Si el estrés es duradero ocurre la enfermedad, se manifiesta de manera orgánica. De acuerdo con el predominio de la mente o el cuerpo las enfermedades se clasifican como psíquicas o somáticas, toda enfermedad psíquica tiene componentes corporales y todas las somáticas resultan influidas por la psiquis. (Orlandín, 1999)

La vulnerabilidad para enfermarse por estrés dependerá de los aspectos psicológicos y biológicos, los síntomas psíquicos deben ser conocidos para poder identificar cuando una persona comienza a enfermar por diestrés los más comunes son: dificultad de concentración y en la memoria, ansiedad, cansancio exagerado, crisis de cólera, irascibilidad y malhumor, falta de ánimo, aburrimiento, tristeza, decaimiento, llanto, pesimismo, ideas suicidas, exceso o defecto del apetito y cambios marcados en el peso corporal, exceso o defecto de sueño y pesadillas con el tema estresor, reducción del deseo sexual, consumo aumentado de café, drogas analgésicas o psicotrópicas, retraimiento o violencia, dificultad para realizar tareas domésticas, estudio, trabajo, cambio en los hábitos de vida. (Orlandín, 1999)

### 5.1.8. Formas clínicas del estrés

**Ansiedad.** Se percibe como miedo o desasosiego y sensaciones corporales que hacen al sujeto suponer la aparición de una enfermedad orgánica.

**Depresión** situacional o síndrome depresivo. Es otra forma frecuente de enfermedad psíquica por estrés, falta de placer para todo, insomnio, anorexia y falta de deseo sexual.

Tanto la depresión como la ansiedad facilitan o agravan la evolución de las enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia coronaria y la hipertensión arterial.

- Crisis de cólera. Se manifiestan a través de mal humor, amenazas, violencia verbal y física, destrucción de objetos, lesiones, homicidio.
- Síndrome asténico o síndrome neurastiforme o burnout. Forma más común de la enfermedad situacional causa del estrés por sobrecarga y sobrehorarios de actividades académicas u ocupacionales que privan del necesario reposo y sueño. La astenia se manifiesta por dificultades con la atención y memoria, fatigabilidad, sensación de menor energía física y psíquica, anorexia, insomnio, desarreglos sexuales, ansiedad, tristeza e irascibilidad. (Orlandín, 1999)
- Fobia situacional. Miedo específico resultante de la exposición del sujeto a una situación o contingencia atemorizante.

Cuando el periodo de estrés aumenta se pueden volver formas clínicas agudas, intermedias y prolongadas o trastorno postraumático, ante contingencias de gran tensión el sujeto puede responder con miedo, pánico depresión, ira, alteración de la conciencia o con ataques histéricos de agitación o inmovilidad. El curso habitual o intermedio de las enfermedades situacionales puede durar semanas a un año o más, y termina cuando el individuo cuando el agente desaparece o se vuelve inofensivo ya que el individuo elabora los mecanismos de enfrentamiento para resolverlo, los



síndromes que se observan con frecuencia son: depresión, ansiedad, neurastenia. (Orlandín, 1999)

### **5.1.9 Trastornos corporales o psicosomáticos por estrés**

Existen sucesos que suelen ser psicotraumaticos para el individuo generando una reacción de tipo emocional displacentera, la cual se manifiesta mediante tres tipos de cambios corporales.

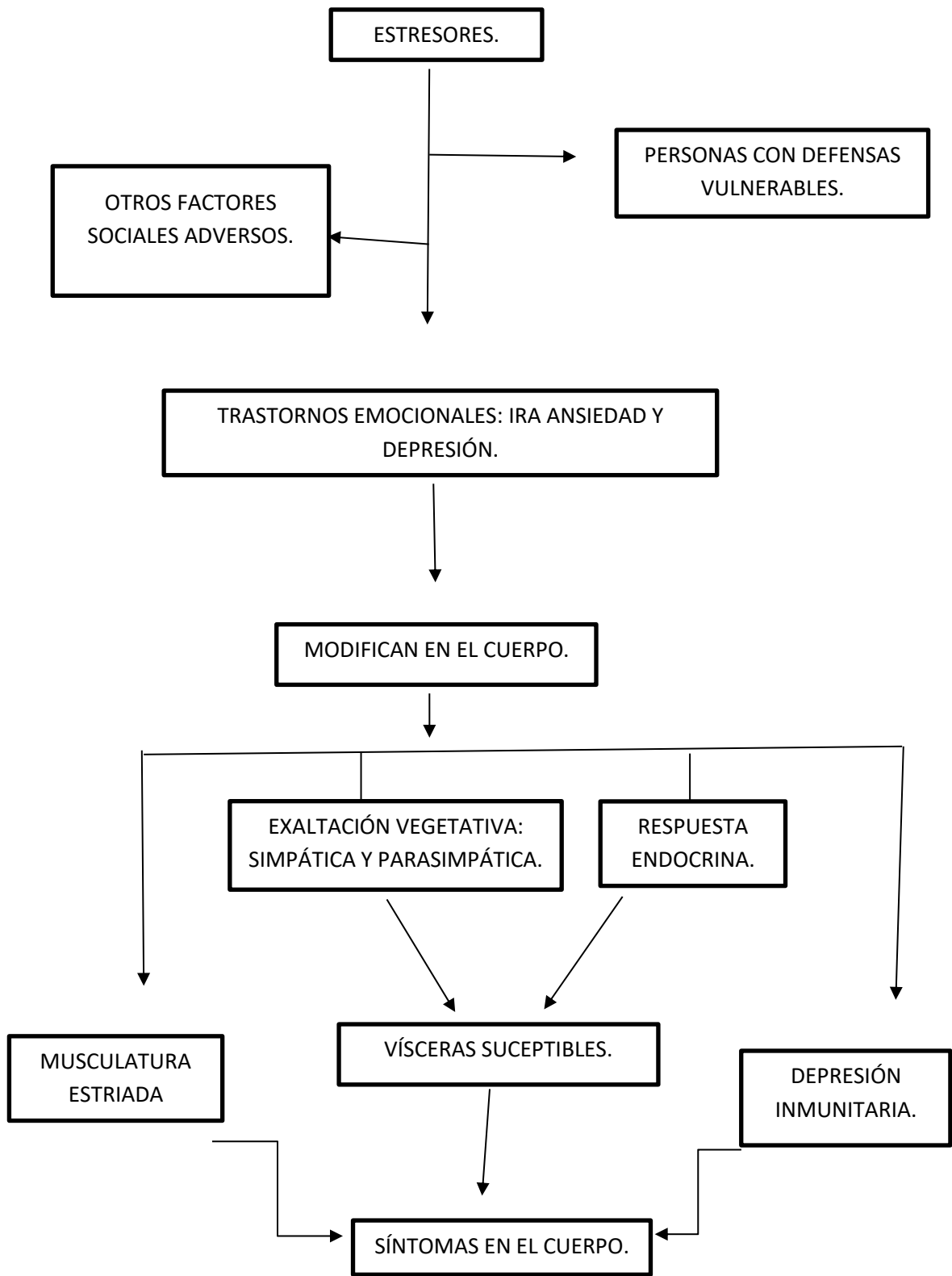
- Aumento en tono muscular que da origen a cefaleas o lumbalgia.
- Afectación del sistema inmune, al momento que se deprime se vuelve vulnerable a las infecciones de cualquier tipo.
- Exaltación vegetativa asociada a la respuesta del sistema endocrino la cual puede llegar a ser dañina para alguna víscera.

La susceptibilidad de algunas vísceras puede depender de conexiones nerviosas entre los órgano y determinadas emociones, cuando el síntoma logra su objetivo se refuerza. Los teóricos de los trastornos psicosomáticos han opinado que cuando hay síntomas en el cuerpo no los hay en la psique, y que el desarreglo visceral es exclusivo de un solo órgano. Es común que el trastorno ocurra con desarreglos simultáneos del psiquismo y de varias vísceras, un sujeto sometido al estrés muestra ansiedad, cefalea, tensión, lumbalgia, disfunción sexual, los síntomas viscerales se modifican y cambian de órgano en las diferentes etapas de la vida. (Orlandín, 1999)

Existen trastornos cardiovasculares, respiratorios, digestivos, de la micción, del sistema reproductor femenino, del sistema sanguíneo, de la piel, de la musculatura estriada, del sistema nervioso, del sistema inmune, del sistema endocrino. (Véase cuadro 4.)

Las enfermedades psicosomáticas se tratan de igual manera que las otras enfermedades por estrés.

La susceptibilidad a las enfermedades por estrés es distinta en cada persona, ya que depende de las circunstancias y los factores de riesgo como lo son la influencia psicológica temprana desfavorable, crianza perjudicial, baja autoestima, inteligencia subnormal y minusvalías físicas, escasa educación, dependencia psicológica o económica, estilos de vida, privación de sueño, desarreglos alimenticios, consumo de tóxicos, sedentarismo, carencia de recursos económicos, facilitan las enfermedades por estrés. (Orlandín, 1999)



Cuadro 4.- modo en que se originan los trastornos corporales tomado de (Orlandín, 1999).

### **5.1.10 Relación estrés y ansiedad**

López Ibar, citado en González de Rivera 1989, en sus estudios sobre angustia (1986), concluye que el concepto de angustia que se empleaba en psicopatología era un equivalente al estrés que se definía desde la fisiopatología. (Rivera, 1989)

Teniendo en cuenta que la ansiedad deriva de la angustia se observa que en las reacciones que ambos factores manifiestan se caracteriza por una alta activación fisiológica, el estrés se muestra como una reacción adaptativa a situaciones externas, mientras que la ansiedad es una respuesta emocional a determinadas situaciones, ambas a su vez pueden ser fuentes de origen una de otra y viceversa.

En la actualidad, los factores influyentes en la aparición de estrés y ansiedad van desde la predisposición genética, el estilo de vida, las demandas del entorno al individuo, lo cual vuelve vulnerable a un sujeto que se encuentra sometido a un estilo de vida demandante lo que generará en el sujeto altos niveles de estrés y ansiedad, cuando estos suelen rebasar los parámetros de lo normal se habla de que ambos se convierten en agentes patológicos para la salud mental y en muchos casos físicos para el individuo, causando interferencias en el desarrollo de sus actividades diarias.

Aunque científicamente no exista una relación exacta, los autores que hablan sobre la ansiedad y el estrés los muestran como factores interrelacionados, ya que ambos surgen a nivel psicológico y realizan en el organismo una activación fisiológica que si bien no es la misma tiene puntos de enlace. Como menciona Orlandini tanto los neurotransmisores y algunas estructuras que se implican en el proceso del estrés son también las encargadas de generar desde el mismo estrés como conducta asociada a la ansiedad lo cual bioquímicamente causa una estrecha relación en las estructuras del sistema límbico, corteza cerebral, médula espinal y sistema

nervioso simpático periférico y neurotransmisores como lo son la noradrenalina, también se ve implicado el sistema endocrino así es como claramente a nivel bioquímico ambas reacciones se enlazan teniendo una relación conductual en el individuo. A su vez otro factor asociado y lo cual hace que ambas situaciones se relacionen son la parte cognitiva del sujeto, las cuales funcionarán como moduladoras de la percepción e impacto del estrés.

## **Capítulo VI METODOLOGÍA**

### **6.1 Muestra**

La muestra utilizada es una selección intencionada o por conveniencia, la cual consiste en un muestreo no aleatorio, es decir la muestra se obtuvo por medio de las características del objetivo a estudiar.

Se utilizó una muestra de 186 participantes con un rango de edad de 17 a 27 años, de los cuales 76 corresponden a diferentes carreras como: psicología, periodismo y comunicación, administración, turismo y derecho de una universidad privada y 110 corresponden a la carrera de ciencias químico biológicas de una universidad pública.

### **6.2. Criterios de inclusión:**

- Jóvenes universitarios.
- 17 a 27 años de edad.
- Estudiantes en periodo de exámenes.
- Y en periodo de estrés constante.

### **Criterios de exclusión:**

- Jóvenes que no fueran universitarios.
- Que no estén en periodos de exámenes.
- Personas menores de 17 años.
- Personas que no estudien ni trabajen.

**6.3. Tipo de investigación:** Ex post facto, con análisis de tipo descriptivo y cuantitativo. Es una investigación en la cual no se manipularon, ni se controlaron las variables, se analizaron dentro de su ambiente natural,

realizando un análisis subjetivo e individual, logrando obtener resultados interpretativos basados en cantidades comprobables.

**6.4. Alcance:** Es un tipo de investigación descriptiva donde se logra identificar los factores que generan sintomatología somática.

#### **6.5. Instrumentos de investigación:**

Escala de ansiedad de Hamilton.

Cuestionario de identificación de síntomas somáticos.

#### **6.6. Ficha técnica.**

Nombre: Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre original: HARS Hamilton Anxiety Rating Scale.

Autor: M. Hamilton

Tipo de instrumento: De observación.

Descripción:

Diseñada en 1959 fue creada para valorar los niveles de ansiedad, no para diagnosticar trastornos de ansiedad, inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13, posteriormente, en 1969 se dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") siendo esta la última versión, constando actualmente con 14 ítems.

Según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la aplicación de la escala.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), no existe punto de corte para separar a la población con ansiedad y sin ansiedad, pero si para cuantificar la ansiedad.

Fiabilidad: consistencia interna 0.79-0.86; fiabilidad test- retest: 0.96, estabilidad después de un año:0.64.

Validez: puntuación total the global rating of anxiety by covi18,19 ( $r=0.63 - 0.75$ ), inventario de ansiedad de Beck 20 ( $r=0.50$ ).

Tiempo de aplicación de 15 a 30 minutos.



## CAPITULO VII RESULTADOS

### 7. Datos demográficos

#### 7.1 Sexo

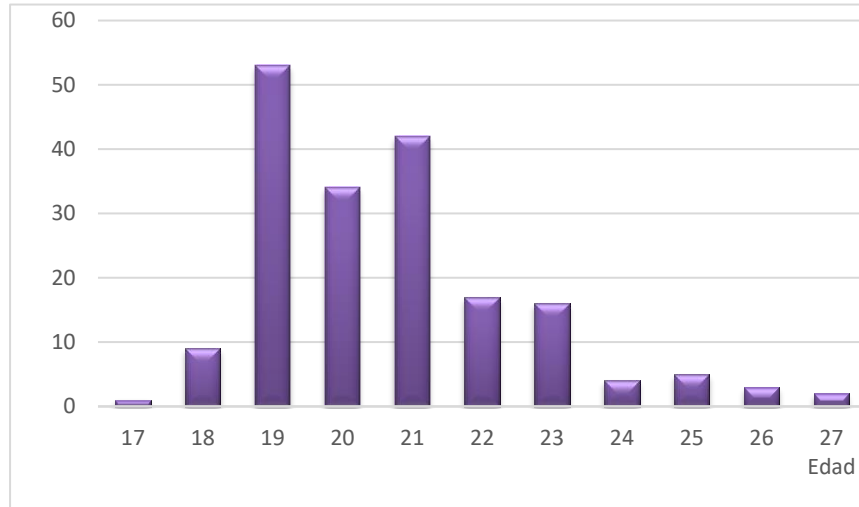
El total de los alumnos participantes fueron 186 de los cuales 76 participantes corresponden a 5 licenciaturas de una Universidad privada, y 110 a una licenciatura de una Universidad pública; Los sujetos participantes se dividen en 115 mujeres y 71 hombres, (véase grafica N°1)



Gráfica 1.- Total de hombres y mujeres participantes de ambas universidades

## 7.2 Edad

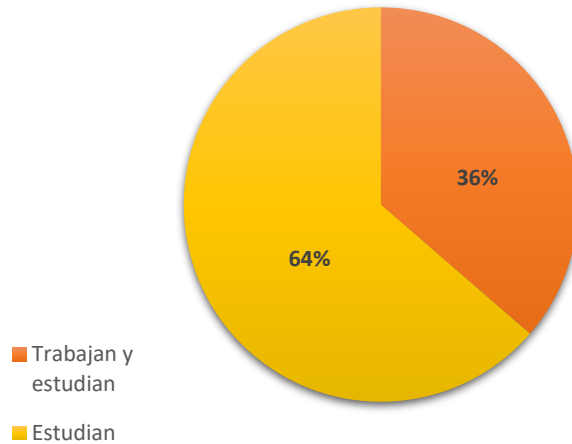
El rango de edad fue de 17 a 27 años, 186 participantes, obteniendo una edad promedio de 19 años como lo muestra la gráfica N° 2.



Gráfica 2.- Rango de edades de los alumnos participantes de ambas universidades.

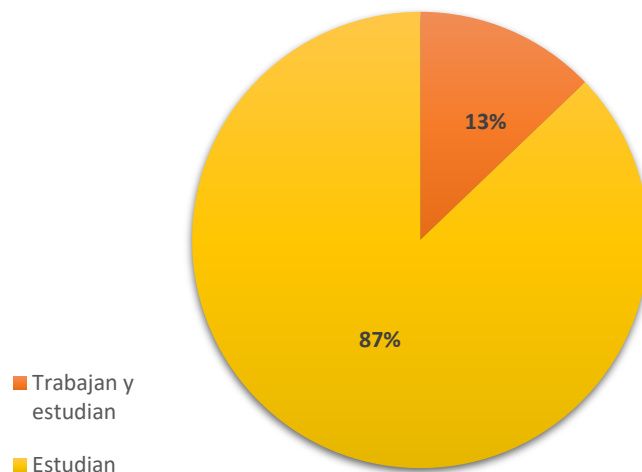
## 7.3 Ocupación

Al analizar los datos de los sujetos de la universidad privada, se encontró que el 36% de los participantes estudian y trabajan y el 64% solo se dedica a estudiar (véase gráfica N°3).



Gráfica 3. Porcentaje de ocupación de los participantes de la universidad privada.

Al analizar los datos de los sujetos de la universidad pública, se encontró que el 13% de los participantes estudian y trabajan y el 87% solo se dedica a estudiar (gráfica N°4). Lo cual nos hace suponer, que el 13% de los participantes presentan doble presión y un estilo de vida más demandante, que incrementa los niveles de estrés y ansiedad lo que provoca que los sujetos sean más propensos a manifestar algún síntoma somático.



Gráfica 4. Porcentaje de ocupación de los participantes de la universidad pública.

#### 7.4. Análisis de la escala de ansiedad de Hamilton

Primeramente, se analizaron los resultados obtenidos de la escala de ansiedad de los 76 sujetos participantes de una universidad privada, en la tabla 2, se observa el desglose de los tipos de ansiedad que manifestaron los alumnos de las diferentes carreras de la universidad privada.

En general, la tabla 3 indica que, de los 76 participantes, el 92.1% reflejaron una ansiedad combinada y 7.8% muestran ansiedad psíquica y ningún alumno manifestó ansiedad somática.

LICENCIATURA	ANSIEDAD PSIQUICA	ANSIEDAD SOMÁTICA	COMBINADA
PSICOLOGÍA	4	0	11
COMUNICACIÓN	0	0	15
DERECHO	0	0	11
TURISMO	2	0	24
ADMINISTRACIÓN	0	0	9
TOTAL	6	0	70

Tabla 2. Totales de ansiedad psíquica, somática y combinada, en participantes de la Universidad

TIPO DE ANSIEDAD	PORCENTAJE
ANSIEDAD PSIQUICA	7.8%
ANSIEDAD SOMÁTICA	0%
COMBINADO	92.1%

Tabla 3. Porcentajes de ansiedad en alumnos de una universidad privada.

De los 110 alumnos participantes de la Universidad pública, se obtuvieron los siguientes resultados, el 4.5% presento ansiedad psíquica y el 95.4% mostro una ansiedad combinada de acuerdo con la escala de ansiedad de Hamilton.

En la tabla 4 se observan los porcentajes equivalentes a los tres tipos de ansiedad.

<b>TIPO DE ANSIEDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ANSIEDAD PSIQUICA	4.5%
ANSIEDAD SOMÁTICA	0%
COMBINADO	95.4%

Tabla 4. Porcentajes de ansiedad de los alumnos de la universidad pública

## **7.5. ANÁLISIS DE CONTENIDO**

### **7.5.1. Análisis de datos de la Licenciatura en psicología**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó, de acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se ejemplifica que los 15 alumnos de la licenciatura en psicología a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, manifestaron lo siguiente: 93.7 % afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 6.7% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 40% tensión en hombros y espalda, 33.3% síntomas en estómago, 26.7% dolor de cabeza, las maneras más comunes que utilizaron para liberar el estrés son: 40% escuchando música, 33.3% haciendo ejercicio, 13.3% leyendo y el otro 13.3% llorando.

De los 15 participantes el 86.7% afirmaron haberse sentido ansiosos alguna vez, y el 13.3 % negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 40% problemas de concentración, 20% movimiento de piernas, 13.3% inquietud, 13.3% con nerviosismo y sudoración, y el otro 13.3% restante mediante palpitaciones, las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 20% otras actividades, 13.3% mediante relajación, 13.3% con ejercicio, 13.3% escuchando música, 13.3% mediante ejercicios de respiración, 13.3% durmiendo y el 6.7% fumando, cabe mencionar que aquellos participantes que inicialmente negaron haberse sentido ansiosos, presentaron respuestas afirmativas en las maneras de manifestar y liberar la ansiedad por lo cual se podría decir que el 100% de los participantes alguna vez en su vida han experimentado la sensación de ansiedad.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 53.3% escuela, el 26.7% las situaciones sociales, en este punto en específico refieren en su mayoría la inseguridad de la ciudad, el 20% a situaciones relacionada con el hogar.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor les ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos: 53.3% Economía, 20% exámenes, 13.3% trabajo, 13.3% contexto social en el que se desenvuelven.

También se les preguntó a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 46.7% lo manifestaron mediante irritabilidad, 33.3% mediante cansancio, 13.3% mediante insomnio y 6.7% mediante colitis, el periodo que duraron estos síntomas oscila entre: 20% una semana, 20% quince minutos, 13.3% dos semanas, 13.3% más de dos días, 13.3% todo el día, 13.3% una vez por semana y 6.7% expresaron no manifestar ningún síntoma durante los periodos de estrés.

De los resultados obtenidos se analizó que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades diarias, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplicó la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitieron indagar sobre la sintomatología somática que los participantes podían estar manifestando e identificar si se encontraban ansiosos y estresados, se obtuvo que la mayoría de los participantes de la Licenciatura en Psicología cumplieron con estos criterios.

De acuerdo al marco teórico, podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los límites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.



### **7.5.2. Análisis de datos de la licenciatura en Comunicación y periodismo**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó, de acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se ejemplifica que los 15 alumnos de la licenciatura en comunicación y periodismo a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, manifestaron lo siguiente: 93.7 % afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 6.7% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 40% tensión en cuello, 26.7% dolor de cabeza, 26.7% con tensión en la espalda y con 6.7% malestar en estómago, las maneras más comunes que utilizaron para liberar el estrés son: 40% haciendo ejercicio, 26.7% mediante actividades recreativas, 20% durmiendo y 13.3% mediante masaje.

De los 15 participantes el 93.3% afirmaron haberse sentido ansiosos alguna vez, y el 6.7% % negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 33.3 % con tensión en hombros, 20% con mal humor, 20% con inquietud, 13.3% hablando y 13.3% con movimientos de manos o piernas. Las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 13.3% comiendo, 13.3% llorando, 13.3% riendo, 13.3% haciendo ejercicio, 13.3% fumando, 13.3% durmiendo, 13.3% escuchando música, 6.7% con ejercicios de respiración y 6.7% practicando yoga, cabe mencionar que aquellos participantes que inicialmente negaron haberse sentido ansiosos, presentaron respuestas afirmativas en las maneras de manifestar y liberar la ansiedad por lo cual se podría decir que el 100% de los participantes alguna vez en su vida han experimentado la sensación de ansiedad.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 60% escuela, 26.7% trabajo, 13.3% a situaciones relacionada con su familia.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor les ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos: 60% exámenes, 26.7% economía, 13.3% contexto social en el que se desenvuelven.

También se les preguntó a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 33.3% irritabilidad, 26.7% cansancio, 13.3% mediante insomnio, 6.7% con neurodermatitis y el 13.3% no presenta síntomas, el periodo que duraron estos síntomas oscila entre: 20% una semana, 20% una semana, 20% más de tres días, 20% de 1 a 2 días, 13.3% unas horas y 26.7% no presentan periodo de tiempo establecido.

De los resultados obtenidos se analizó que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades diarias, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplicó la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitieron indagar sobre la sintomatología somática que los participantes podían estar manifestando e identificar si se encontraban ansiosos y estresados, se obtuvo que la mayoría de los participantes de la Licenciatura en comunicación y periodismo cumplieron con estos criterios.

De acuerdo al marco teórico, podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los límites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

### **7.5.3. Análisis de datos de la licenciatura en Derecho**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó, de acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se ejemplifica que los 11 alumnos de la licenciatura en Derecho a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, manifestaron lo siguiente: 90.9 % afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 9.1% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 54.5% dolor de cabeza, 27.3% con tensión en cuello, 18.2% con tensión en espalda. Las maneras más comunes para liberarse del estrés son: 27.3% escuchando música, 18.2% ejercicio, 18.2% cantando, 18.2% durmiendo y 18.2% viendo películas.

De los 11 participantes el 81.6%% afirmaron haberse sentido ansiosos alguna vez, y él 18.4% negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 27.3% con irritabilidad, 27.3% mediante cambios de humor, 18.2% comiendo, 18.2% gritando, 9.1% mediante nerviosismo, 18.2% sudoración, las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 18.2% haciendo ejercicio, 18.2% comiendo, 18.2% tranquilizándose, 18.2% caminando, 9.1% gritando y 18.2% escuchando música, cabe mencionar que aquellos participantes que inicialmente negaron haberse sentido ansiosos, presentaron respuestas afirmativas en las maneras de manifestar y liberar la ansiedad por lo cual se podría decir que el 100% de los participantes alguna vez en su vida han experimentado la sensación de ansiedad.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 36.4% escuela, 18.2% hogar, 18.2% pareja, 9.15% situación social en este punto la principal causante de ansiedad es la inseguridad, 9.1% con la economía y 9.1% con los exámenes.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor les ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos: 45.5% exámenes, 36.4% trabajo y 36.4% economía.

También se les preguntó a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 36.4% irritabilidad, 36.4% cansancio, 9.1% insomnio y 18.6% dolor de cabeza, el periodo que duraron estos síntomas oscila entre: 18.2% 3 días, 18.2% de 2 a 3 días un, 18.2% todo el día , 9.1% 2 semanas, 18.25% de 1 a 2 días y 18.2% unas horas.

De los resultados obtenidos se analizó que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades diarias, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplicó la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitieron indagar sobre la sintomatología somática que los participantes podían estar manifestando e identificar si se encontraban ansiosos y estresados, se obtuvo que la mayoría de los participantes de la Licenciatura en derecho cumplieron con estos criterios.

De acuerdo al marco teórico, podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los limites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

#### **7.5.4. Análisis de datos de la licenciatura en Administración de empresas**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó, de acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se ejemplifica que los 9 alumnos de la licenciatura en administración de empresas a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, manifestaron lo siguiente: 100 % afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 0% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 55.6% con tensión en cuello, 22.2% con malestares en el estómago y 22.2% con tensión en la espalda, las maneras más comunes que utilizaron para liberar el estrés son: 33.3% escuchando música, 33.3% mediante ejercicio y 33.3% saliendo a distraerse.

De los 9 participantes el 77.8% afirmaron haberse sentido ansiosos alguna vez, y el 22.2% negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 33.3% con problemas de concentración, 22.2% con irritabilidad, 11.1% con desesperación, 22.2% comiendo y 11.1% con nerviosismo. Las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 22.2 % distrayéndose, 22.2 %, escuchando música, 22.2% saliendo, 22.2% bebiendo bebidas alcohólicas y un 11.1% caminando, cabe mencionar que aquellos participantes que inicialmente negaron haberse sentido ansiosos, presentaron respuestas afirmativas en las maneras de manifestar y liberar la ansiedad por lo cual se podría decir que el 100% de los participantes alguna vez en su vida han experimentado la sensación de ansiedad.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 44.4% trabajo, 44.4% hogar y 11.1% escuela.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor les ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos:66.7% trabajo, 11.1% el contexto social en el que se desenvuelven, 11.1% exámenes y 11.1% economía.

También se les preguntó a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 44.4% cansancio, 11.1% irritabilidad, 11.1% insomnio, 22.2% no presenta síntomas, el periodo que duraron estos síntomas oscila entre: 33.3% 1 semana, 11.1% 1 día, 33.3% unas horas y un 22.2% no presenta periodo de tiempo.

De los resultados obtenidos se analizó que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades diarias, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplicó la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitieron indagar sobre la sintomatología somática que los participantes de la licenciatura en administración de empresas podían estar manifestando e identificar si se encontraban ansiosos y estresados, se obtuvo que la mayoría de los participantes de la Licenciatura en Psicología cumplieron con estos criterios.

De acuerdo al marco teórico, podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los limites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

### **7.5.5. Análisis de datos de la licenciatura en Turismo**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó, de acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se ejemplifica que los 26 alumnos de la licenciatura turismo a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, manifestaron lo siguiente: 100% afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 0% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 36% dolor de cabeza, 32% dolor de espalda, 20% tensión en cuello y 12% tensión en hombros, las maneras más comunes que utilizaron para liberar el estrés son: 32% durmiendo, 12% saliendo, 8% escuchando música, el 12% mediante relajación, el 8% fumando, el 8% descansando, el 12% con ejercicio y 8% con un masaje.

De los 26 participantes el 60% afirmaron haberse sentido ansiosos alguna vez, y el 40 % negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 20% con irritabilidad, 8% con hiperactividad, 8% llorando, 8% con temblor en manos, 4% comiendo, 12% mordiéndose las uñas, y 40% no manifiesta ansiedad. Las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 8% durmiendo, 12% escuchando música, 4% fumando, 8% comiendo, 24% haciendo ejercicio, 12% jugando videojuegos y 32% no presento liberación de ansiedad.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 64% escuela, 28% no manifestaron factores generadores de ansiedad, 8% la situación social de inseguridad.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor les ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos: 44% exámenes, 20% economía, 8% problemas, 28% no presento factores.



También se les preguntó a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 28% cansancio, 20% tics nerviosos, 20% palpitaciones, 16% irritabilidad, y 32% no presenta síntomas, el periodo que duraron estos síntomas oscila entre: 24% de 1 a 3 días, 16% 1 semana, 28% unas horas, 12% de 1 a 2 semanas y 20% 1 día.

De los resultados obtenidos se analizó que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades diarias, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplicó la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitieron indagar sobre la sintomatología somática que los participantes podían estar manifestando e identificar si se encontraban ansiosos y estresados, se obtuvo que la mayoría de los participantes de la Licenciatura en turismo cumplieron con estos criterios.

De acuerdo al marco teórico, podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los límites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

### **7.5.6. Análisis de datos de la licenciatura de Ciencias Químico Biológicas**

Análisis de contenido correspondiente al cuestionario semiestructurado que se aplicó. De acuerdo al resultado de los datos obtenidos y las gráficas ilustradas que se presentan en el apartado siguiente se muestra que los 110 alumnos de la licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Pública a quienes se les aplicó el cuestionario de identificación de síntomas somáticos, 99.1% de los participantes afirmaron haberse sentido estresados alguna vez, y el 0.9% negó haber sentido estrés alguna vez. Las zonas donde los participantes reflejaron frecuentemente el estrés son: 28.2% dolor de cabeza, 24.5% tensión en espalda hombros y cuello, 4.5% malestares en estómago, 3.6% dolor de garganta, 3.6% con irritabilidad, 3.6% con temblor en manos y el 29.1% no presentó ningún síntoma, las maneras más comunes para liberarse del estrés son: 29.1% mediante ejercicio, 21.8% durmiendo, 12.7% escuchando música, 9.1% relajándose, 8.2% saliendo, 5.5% distrayéndose, 2.7% caminando, 2.7% viendo películas, 1.8% bañándose con agua fría, 1.8% usando sus redes sociales, 0.9% bailando, 0.9% gritando, 0.9% comiendo y 1.8% no presentó.

De los 110 participantes el 95.5% afirmó haberse sentido ansioso alguna vez, y el 4.5 % negó haber manifestado ansiedad alguna vez, los participantes expresaron que la ansiedad la reflejaban mediante: 33.6% con irritabilidad, 19.1% con inquietud, 12.7% con malestar general, 10.9% con tensión, 6.4% comiendo, 3.6% con problemas de concentración, 3.6% con miedo, 2.7% mordiendo un objeto, 2.7% con insomnio y 4.5% no presentó manifestaciones, las maneras más comunes que manifestaron para liberar la ansiedad son: 15.5% relajándose, 13.6% con ejercicio, 13.6 % durmiendo, 11.8% realizando otras actividades, 10% comiendo, 8.2% escuchando música, 4.5% distrayéndose, 4.5% viendo televisión, 2.7% gritando, 2.7% tomando un baño de agua fría, 1.8% llorando y 7.3% no presenta.

Dentro de los factores que se les cuestionaron como generadores de ansiedad los participantes mencionaron que los factores externos más comunes son: 75.5 % escuela, 8.2% hogar, 5.5% situación social en cuestión de inseguridad, 3.6% pareja, 3.6% todo lo que sucede a su alrededor, 2.7% trabajo, y 0.9% no presenta factores.

Dentro del contexto de los participantes se les cuestiono que factor ocasionaba ansiedad y ellos mencionaron los siguientes datos: 58.2% exámenes, 13.6% TIF (trabajo integrador final), 9.1% economía, 7.3% el contexto social donde se desenvuelven, 7.3% trabajo y 4.5% no presentaron factor que desencadene ansiedad.

También se les pregunto a los participantes si presentaban algún síntoma al estar estresados a lo cual respondieron mencionando los siguientes síntomas: 56.4% cansancio, 22.7% irritabilidad, 7.3% insomnio, 4.5 % todos los síntomas mencionados en la pregunta, 1.8% palpitaciones, 0.9% hipersomnia y 6.4% no presenta síntomas, el periodo que duran estos síntomas oscila entre: 30.9% de uno a tres días, 26.4% hasta finalizar lo que provoca el estrés, 17.3% unas horas , 11.8% una semana , 9.1% un día, 4.5% de una a dos semanas. en esta última pregunta todos los participantes manifestaron tener malestares con un periodo de tiempo.

De los resultados obtenidos podemos observar que los participantes manifiestan de manera sintomática el estrés y la ansiedad teniendo efecto sobre su persona y el desarrollo de sus actividades, todos los participantes se encontraban en periodo de trabajos finales, exámenes y cierre de semestre a lo que se atribuye que la carga de estrés era alta al momento en que se les aplico la escala de ansiedad y el cuestionario semiestructurado, basado en algunos ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que nos permitían indagar sobre la sintomatología somática que los participantes podían presentar e identificar si se encontraban ansiosos y estresados a lo cual podemos observar que la mayoría de los participantes de la Licenciatura de Ciencias Químico Biológicas cumplían con estos criterios. Una vez analizado esto y de acuerdo

al marco teórico podemos decir que los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos cuando son sobrepasados los límites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

## CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue determinar qué tan relevante es la relación entre dos importantes variables: **estrés y ansiedad**, como factores generadores de síntomas somáticos. En un inicio se pretendió trabajar solo con una de las variables que era ansiedad, pero al revisar los referentes teóricos, se comprobó que ambas variables están ligadas en la generación de los síntomas sin origen patológico-orgánico.

Con base a la referencia teórica revisada para la elaboración de esta tesis y después de analizar los resultados que se obtuvieron, se puede concluir lo siguiente:

1. La ansiedad es un estado inherente al ser humano ya que este es importante en la supervivencia, pero al rebasar los niveles comunes y convertirse en un agente patológico genera en el sujeto reacciones de estrés y ambos pueden mostrar sintomatología a nivel corpóreo y a nivel fisiobiológico del organismo.

2. El estrés y la ansiedad son factores a los que el sujeto está expuesto en la vida cotidiana, por lo tanto, es importante que sepa distinguirlos y asimile su manejo para evitar ser sobrepasado por las reacciones secundarias provenientes de ambos factores.

3. Científicamente no existe una relación exacta, los autores que hablan a cerca de la ansiedad y el estrés los muestran como factores interrelacionados, ya que ambos surgen a nivel psicológico y realizan en el organismo una activación fisiológica, que, si bien no es la misma, tiene puntos de enlace. Bioquímicamente se causa una estrecha relación en las estructuras del sistema límbico, corteza cerebral, médula espinal, sistema nervioso simpático periférico, neurotransmisores como la noradrenalina, también se ve implicado el sistema endocrino así es como claramente a nivel bioquímico ambas reacciones se enlazan teniendo una relación conductual en el individuo.

4. Dentro de la atención médica es importante que al realizar la valoración y no encontrar agentes patógenos causantes de síntomas, deriven al paciente con un psicólogo.

5. En base a los resultados que se obtuvieron se concluye que las zonas donde más se reflejan estos síntomas son: cabeza, aparato digestivo, espalda, hombros, cuello y vías respiratorias, mostrando como síntomas más comunes dolores de cabeza, dolor de espalda cuello y hombros, dolor de garganta, colitis nerviosa, gastritis, dolor de estómago náuseas y resfriados

6. Se pudo observar que la mayoría de los participantes son consciente de qué es lo que genera sus síntomas, y también cuál es la técnica que les ayuda a disminuirlos, por lo general son actividades comunes como caminar, cantar, bailar, leer, dormir, salir, practicar algún deporte.

7. La prueba utilizada marca tres parámetros en su interpretación que son ansiedad psíquica, ansiedad somática, ansiedad combinada. Estos se obtienen mediante la sumatoria de los puntos, por ansiedad psíquica se interpreta como todo aquello relacionado a manifestaciones psíquicas como lo es preocupación por cosas menores, la ansiedad somática se caracteriza por todo aquello que deja de ser solo una manifestación psíquica y empieza a mostrar síntomas físicos que acompañan a la preocupación manifiesta. Por tanto, la ansiedad combinada es una suma de factores psíquicos, físicos y biológicos, que pueden llegar a ser indicadores de la aparición de síntomas somáticos.

8. La elaboración de este trabajo sirvió para relacionar 2 factores comunes de la vida cotidiana y sus impactos en la salud física y mental del individuo, así como también la importancia de la atención psicológica a los alumnos de las universidades, es decir:

9. Los factores sociales y del ambiente producen en el individuo más que solo emociones o sentimientos, cuando son sobrepasados los límites pueden manifestar cierta sintomatología que puede llegar a ser un factor que imposibilite al individuo de cumplir con sus labores en todos los ámbitos por eso es importante saber identificar factores como el estrés y la ansiedad que están presentes en el día a día y pueden ser perjudiciales para la salud física y mental.

10. La mayoría de los participantes manifiesta ansiedad a niveles más allá de los psíquicos que se representa mediante sintomatología física sin origen médico. Lo cual muestra, que en la actualidad la aparición de sintomatología sin origen médico va en incremento, las poblaciones donde se puede analizar más fácilmente es en los adolescentes, adultos jóvenes y adultos en etapa laboral, debido a las condiciones y estilo de vida actual, también puede presentarse derivado de un conflicto emocional en personas de cualquier edad, la aparición de estos síntomas van ligados a la manera de cómo el individuo afrontó la vida y sus adversidades; los mecanismos de defensa que desarrolla y el apoyo social con que cuenta, son factores de suma importancia en el tratamiento y manejo de los mismos así como también en su prevención.

11. Como conclusión final es importante expresar la intervención de la psicología, ya que muchas veces no es tomada en cuenta en el trabajo médico; en pacientes con padecimientos somáticos, el trabajo de evaluación debería realizarse por un equipo multidisciplinario en el que sea incluido un psicólogo, esto permitirá derivar al paciente al área adecuada para el tratamiento de sus síntomas y evitar el consumo excesivo de medicamentos que a la larga pueden provocar enfermedades secundarias.

## RECOMENDACIONES

Después de la realización de este trabajo las recomendaciones que se agregarían de acuerdo a lo analizado serían:

- ❖ Crear conciencia de los efectos del estrés y la ansiedad. Así como de la generación de los síntomas somáticos, con la finalidad de evitar que estos padecimientos incrementen constantemente, no solo en la población universitaria, sino en la población general.

- ❖ Realizar platicas y talleres de prevención y cuidado de la salud física y mental.

- ❖ Realizar y difundir folletos que proporcionen información acerca de los efectos colaterales del estrés, la ansiedad y los síntomas somáticos, que permitan a la población buscar ayuda psicológica en lugar de empezar un largo proceso medico sin resultado alguno.

- ❖ Dentro de las instituciones educativas, brindar atención psicológica accesible al alumnado, ya que puede beneficiar al sujeto e impedir que llegue a la manifestación de sintomatología somática. Así como la implementación de talleres extracurriculares artísticos y deportivos, lo cual permitirán que el alumnado tenga opciones que lo beneficien en su salud mental, con actividades que le servirán como esparcimiento y distracción de sus actividades diarias.

- ❖ De acuerdo a las dificultades que se encontraron en el desarrollo de este trabajo, la recomendación más importante sería la realización de una prueba que permita medir todos los factores y los efectos para una mejor evaluación y un mejor tratamiento.



❖ La creación de un índice de sintomatología somática, que principalmente, ahorraría tiempo en la detección del problema en el paciente y en segundo disminuiría el costo en la atención primaria.

## Bibliografía

- Ackerknecht, E. H. (noviembre de 2004). Historia de la medicina psicosomatica. (f. Pfizer, Ed.) *revista de humanidades*, 102(06).
- APA psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 R)*. Arlington VA: Medica Panamericana.
- Arcilla, P. F. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran; Revisando el concepto de psicosomático . *Revista de psicología GEPU*, 127-138.
- Arias, R. N. (1999). *Las emociones en el cuerpo*. Mexico, D.F., Mexico: Pax Mexico.
- Belloch, e. a. (2009). *Manual de psicopatología edicion revisada volumen II (Vol. II)*. España: McGraw Hill. Recuperado el 10 de 01 de 2018
- Cameron, N. (1990). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología, un enfoque dinámico*. Trillas.
- Dana, R. H. (2014). La ansiedad. *Revista psicología*, 32.
- Fernando, L. S. (1995). *La perspectiva psicosomatica en medicina*. Chile: Universitaria.
- Gabbard, G. O. (2002). *psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Argentina: Medica Panamericana.
- Galimberti, U. (2010). *Diccionario de psicología*. México: siglo XXI editores.
- Galletero, C. y. (1989). Etiología de ansiedad. *Monografías de psiquiatría volumen 1*, 1-11.
- Jarne Esparcia, A., Talarn Caparras, A., Armayones Ruiz, M., Horta I Faja, E., & Requena Varón, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lamberty, G. J. (2008). *Understanding Somatization In The Practice Of Clinical Neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Martin, C. V. (03 de 10 de 2010). Acerca de las pasiones del Alma de Rene Descartes 1° parte. Obtenido de Carlos Valdes y Lucia Gual:  
<https://carlosvaldesmartin.blogspot.com/2010/10/cerca-de-las-pasiones-del-alma-de-rene.html>
- Menassa, M. O. (Marzo de 2012). Medicina psicosomatica, breve historia de la medicina. *Psicoanalisis y poesia en psicoanalisis, extension universitaria*(132).
- Merino, J. P. (S/d de S/m de 2014). *Definiciones.DE*. Obtenido de <http://definicion.de/somatico/>

- Odier, C. (2014). Génesis de la angustia. *Revista de psicología*, 20-26.
- Orlandín, A. (1999). *El estrés qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pastor, D. E. (12 de 01 de 2013). *Enfermedades Psicosomáticas DEBP*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/enfermedadespsicosomaticasdebp/>
- Restrepo, M. U. (16 de 06 de 2006). Recuperado el 05 de noviembre de 2014, de <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/0034-7450/9/60.pdf>
- Richard J, L. M. (s.f.). Trastornos somatomorfos y disociativos. En *psiquiatría general* (págs. 369-394). México: Manual Moderno.
- Rivera, J. G. (1989). Factores de Estres y vulnerabilidad a la Enfermedad. *Monografías de psiquiatría*, 1-10.
- Sarno., J. E. (2008). *la mente dividida*. Madrid España: Sirio.
- Sarudiansky, M. (julio- diciembre de 2013). *redalyc*. Recuperado el 03 de diciembre de 2015, de redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Solano, G. (20 de Junio de 2013). *ipsicologo*. Obtenido de <http://ipsicologo.com/2013/06/las-emociones-la-teoria-de-james-lange.html>
- Ulnik, j. (2010). El psicósoma, la transferencia y el pensamiento salvaje. *Revista Latinoamericana de psicoanálisis*, 23-34.
- Ulnik, J. (S/D de S/M de 2010). Fisiopatología y enfermedades psicosomáticas. *El dolor de una niña que juega ser mamá con su muñeca*. Buenos Aires , Argentina.

## REFERENCIAS ELECTRONICAS.

<http://www.psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>

[http://www.hdbp.org/psiquiatria\\_danubina/pdf/dnb\\_vol25\\_no1/dnb\\_vol25\\_no1\\_11.pdf](http://www.hdbp.org/psiquiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no1/dnb_vol25_no1_11.pdf)

<https://www.youtube.com/watch?v=2GdDqCD8-Sw>

<http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1087/ESP/-cuando-es-patologica-ansiedad-.htm>

[http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/ansiedad\\_sana\\_patologia.html](http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/ansiedad_sana_patologia.html)

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_NYvJZfgxpQ](https://www.youtube.com/watch?v=_NYvJZfgxpQ)

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-estres/>

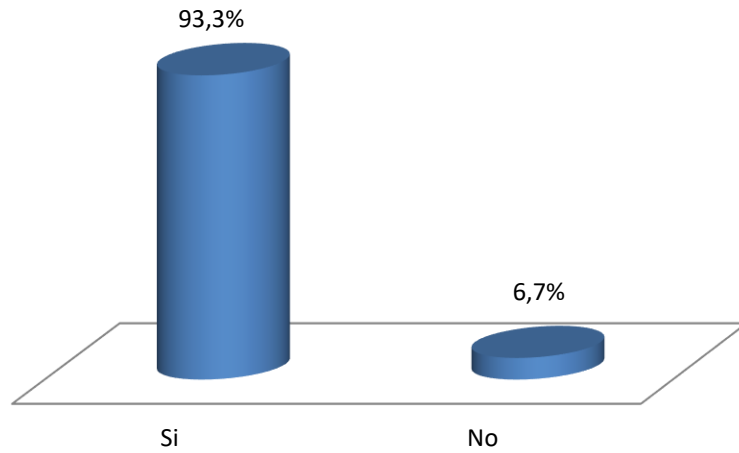
<https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>

# **ANEXOS**

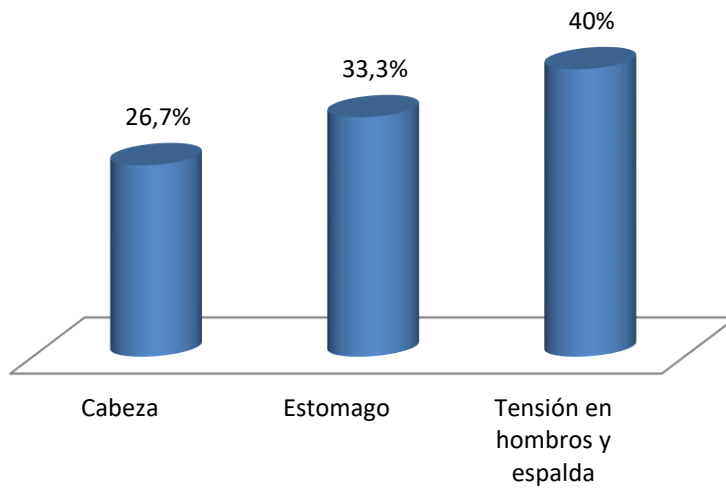
# **ANEXO I**

# **GRÁFICAS**

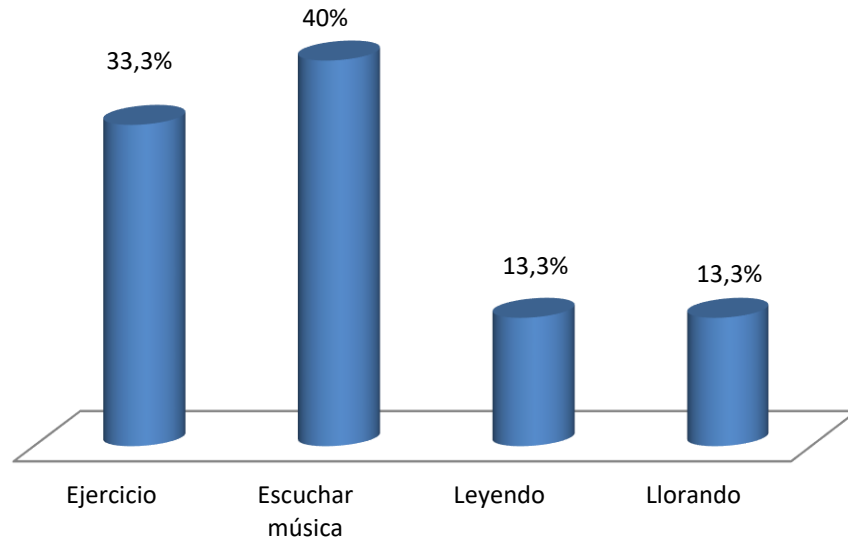
## Gráficas correspondientes a la licenciatura en Psicología



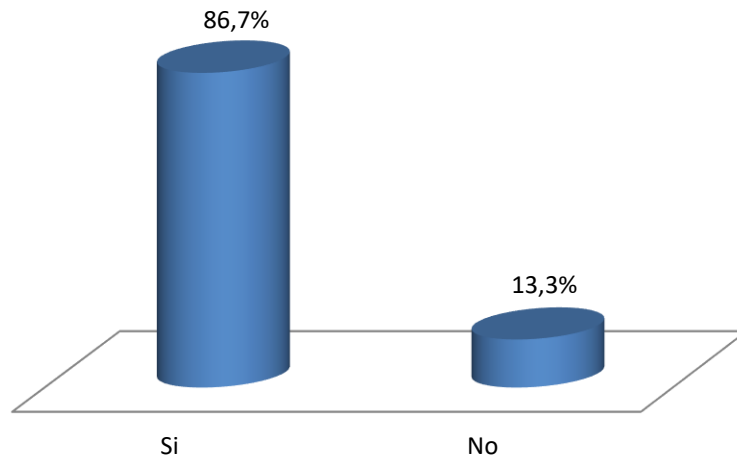
Gráfica 5.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Alguna vez te has sentido estresado?  
Licenciatura en Psicología Universidad privada.



Gráfica 6.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?  
Licenciatura en Psicología Universidad privada.

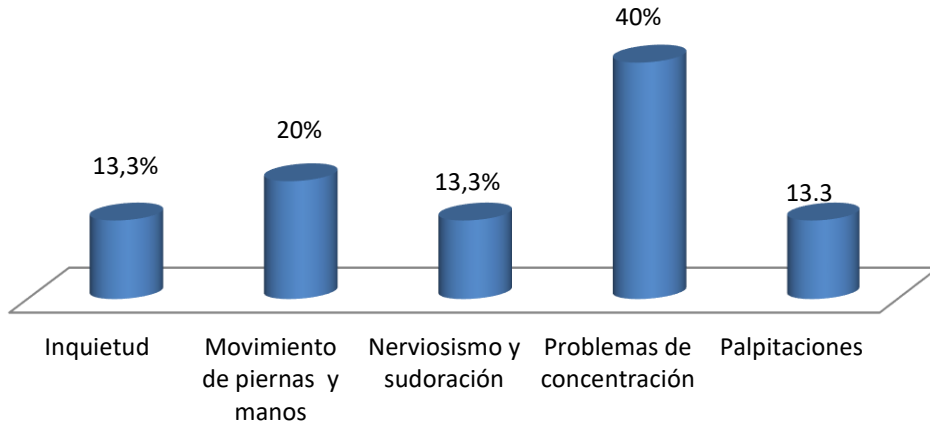


Gráfica 7.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cómo liberas el estrés?  
Licenciatura en Psicología Universidad privada.

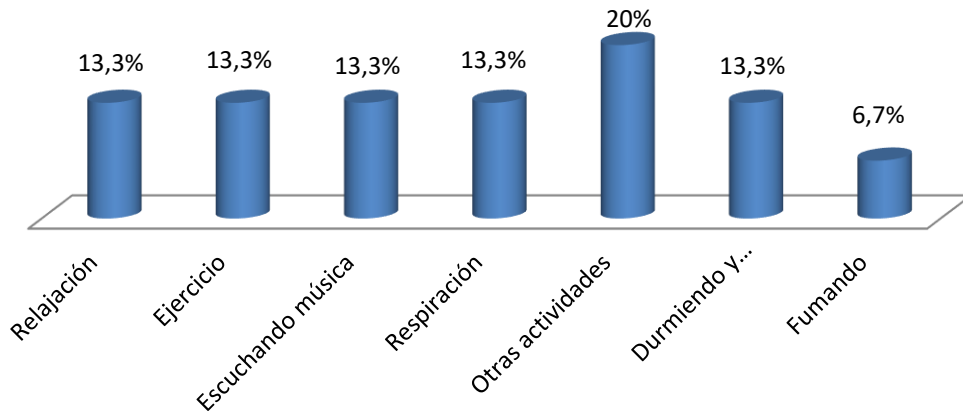


Gráfica 8.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
Licenciatura en psicología. Universidad privada.

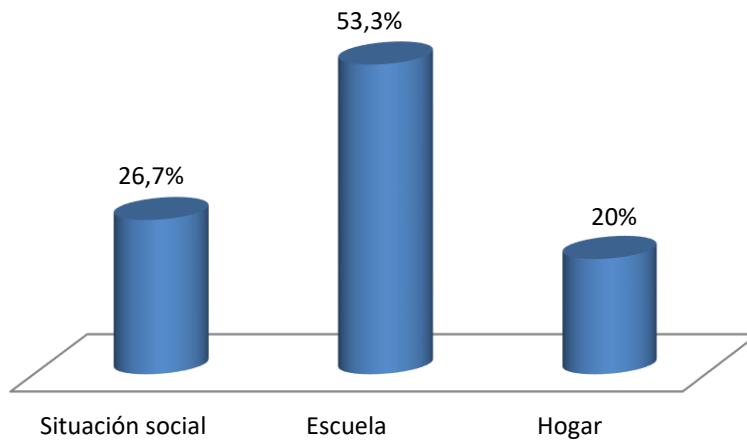




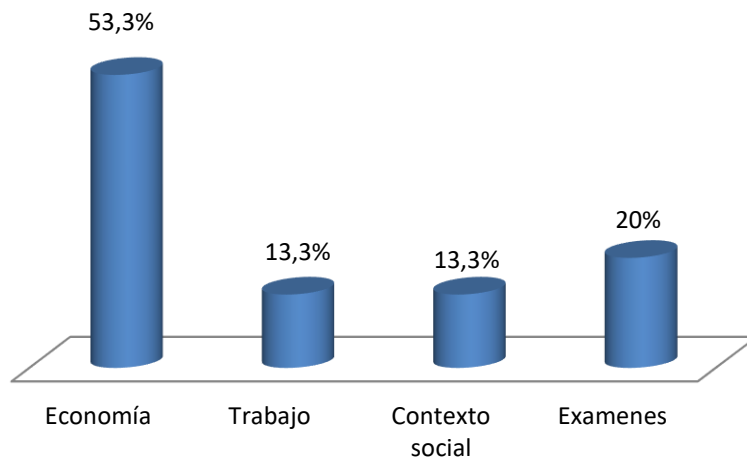
Gráfica 9.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cómo manifiestas la ansiedad?  
Licenciatura en psicología. Universidad privada.



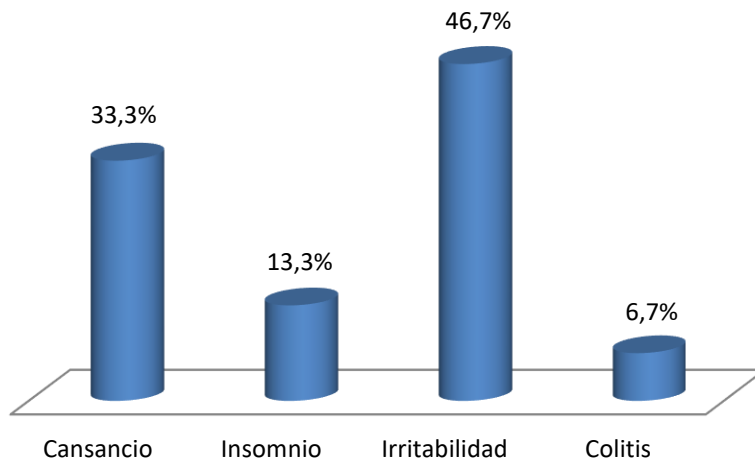
Gráfica 10.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta ¿Cómo liberas la ansiedad?  
Licenciatura en psicología. Universidad privada.



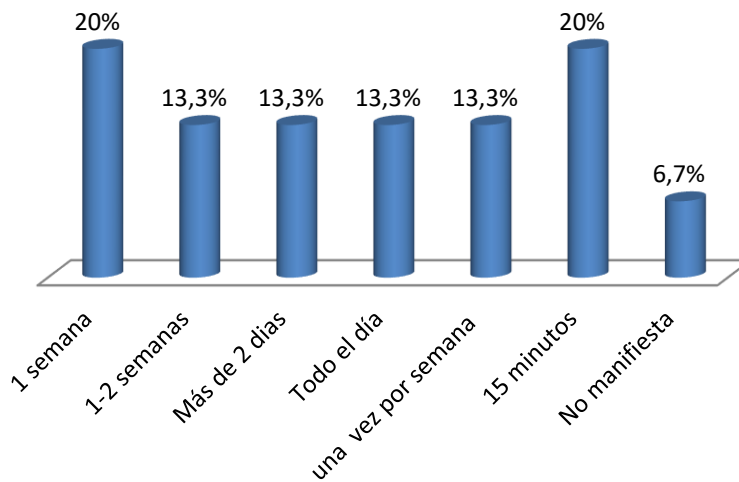
Gráfica 11.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
Licenciatura en psicología. Universidad privada.



Gráfica 12.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
Licenciatura en psicología. Universidad privada.

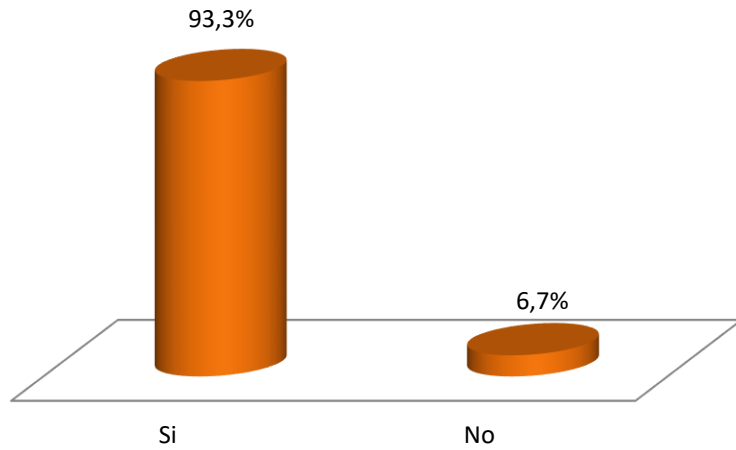


Gráfica 13.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?  
Licenciatura en Psicología. Universidad privada.

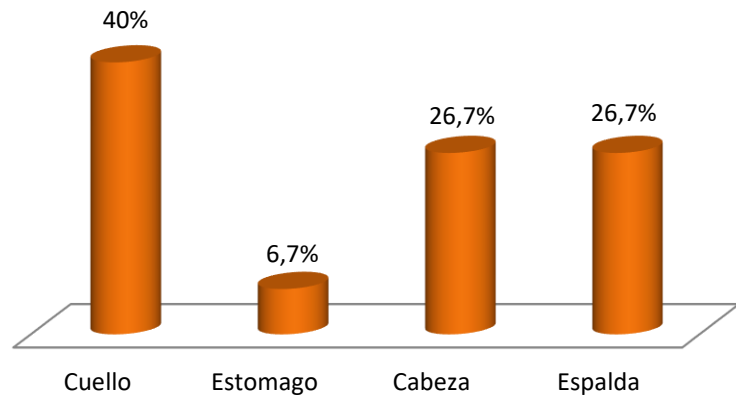


Gráfica 14.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares?  
Licenciatura en Psicología. Universidad privada

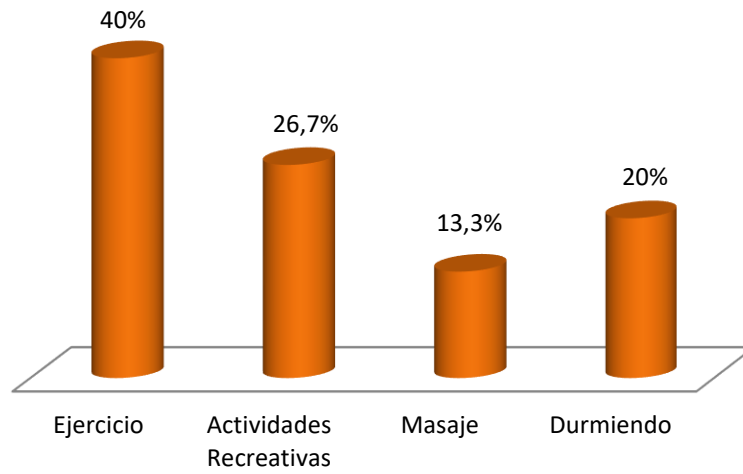
## Gráficas correspondientes a la Licenciatura de Comunicación y periodismo



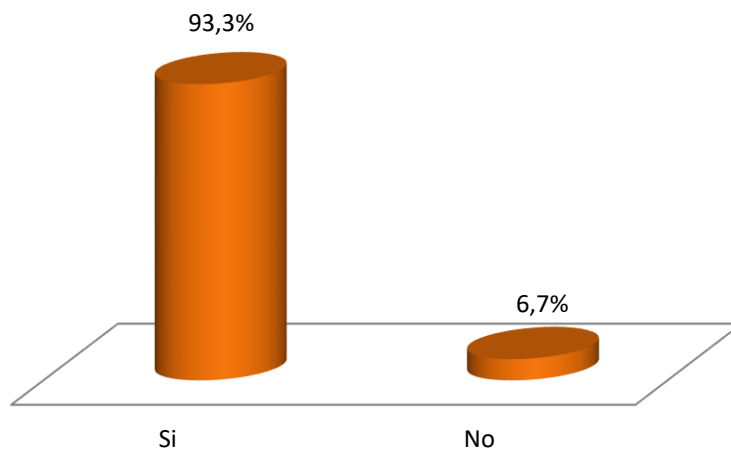
Gráfica 15.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Alguna vez te has sentido estresado? Licenciatura en Comunicación y periodismo de la Universidad privada.



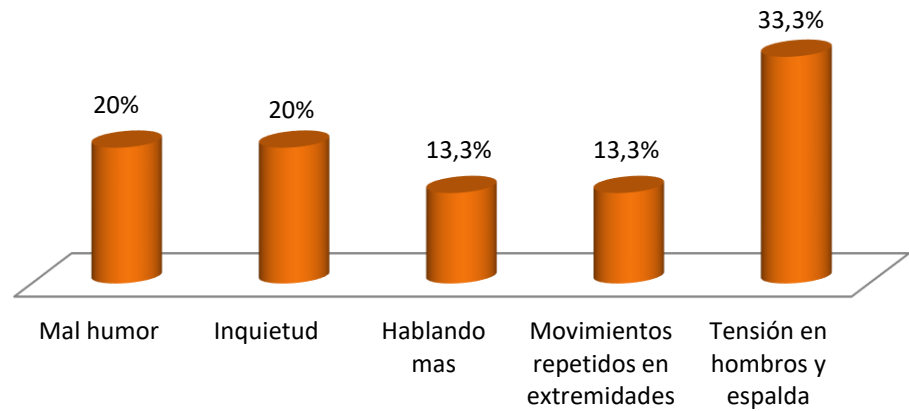
Gráfica 16.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas? Licenciatura en Comunicación y periodismo de la Universidad privada.



Gráfica 17.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo liberas el estrés?  
 Licenciatura en Psicología Universidad privada

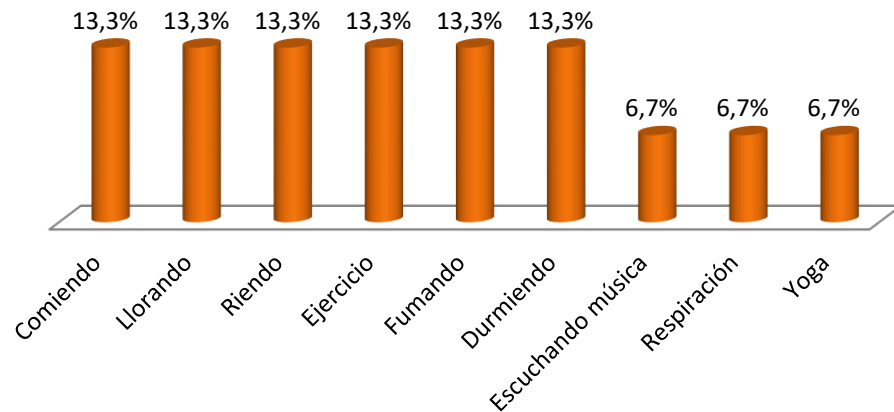


Gráfica 18.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
 Licenciatura en psicología. Universidad privada.



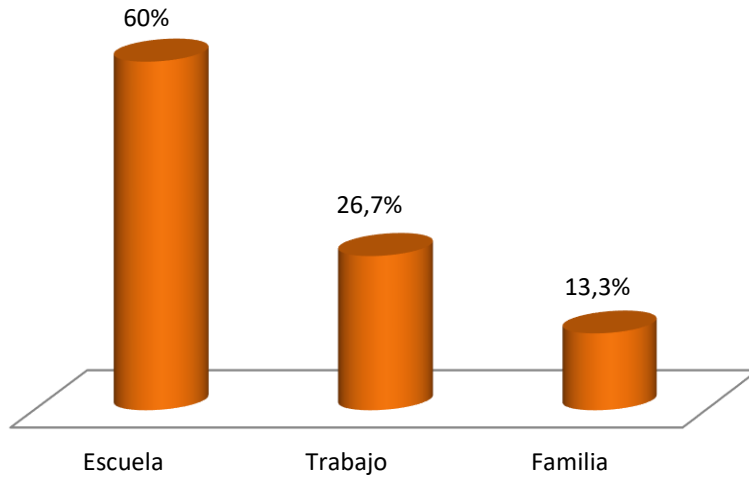
Gráfica 19.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Cómo manifiestas la ansiedad?

Licenciatura en Comunicación y periodismo. Universidad privada.

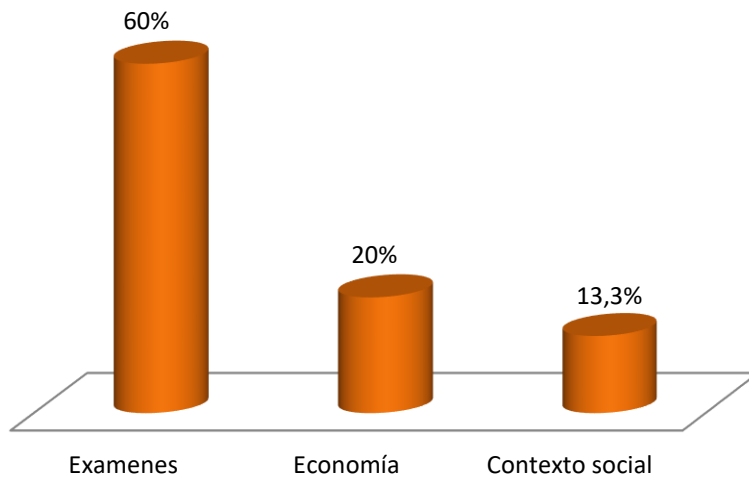


Gráfica 20.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta  
¿Cómo liberas la ansiedad?

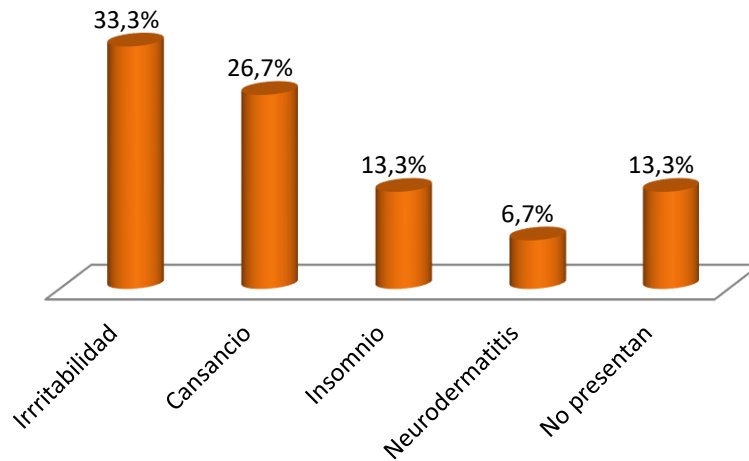
Licenciatura en comunicación y periodismo. Universidad privada.



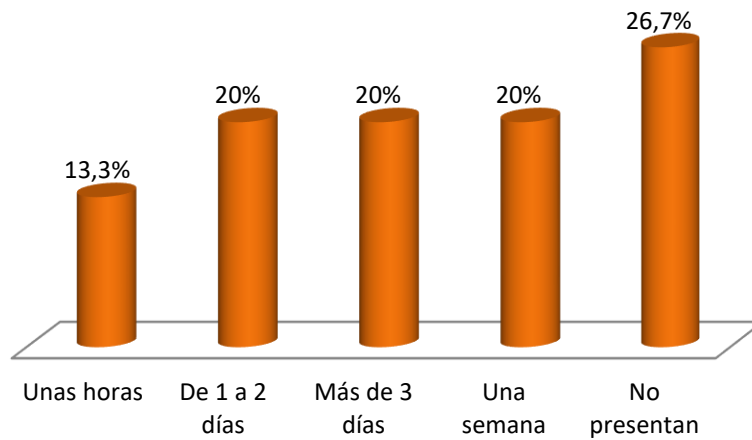
Gráfica 21.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Comunicación y Periodismo. Universidad privada.



Gráfica 22.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Comunicación y periodismo. Universidad privada.



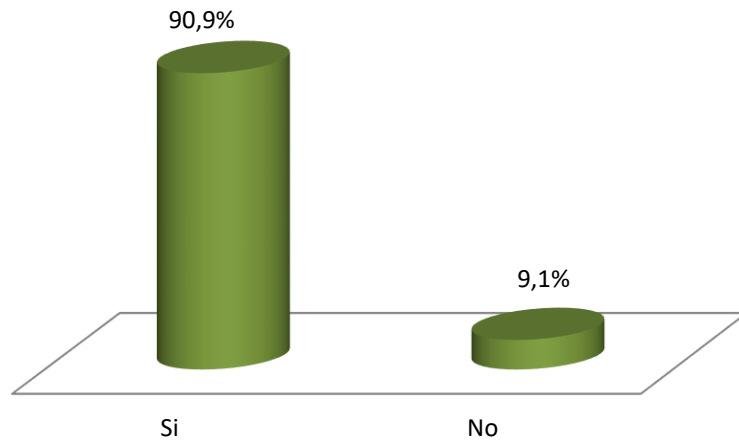
Gráfica 23.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?  
Licenciatura en comunicación y periodismo. Universidad privada.



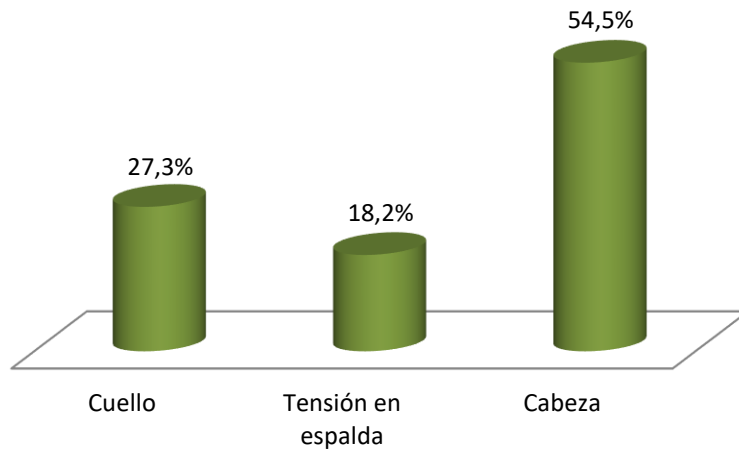
Gráfica 24.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares?  
Licenciatura en comunicación y periodismo. Universidad privada.



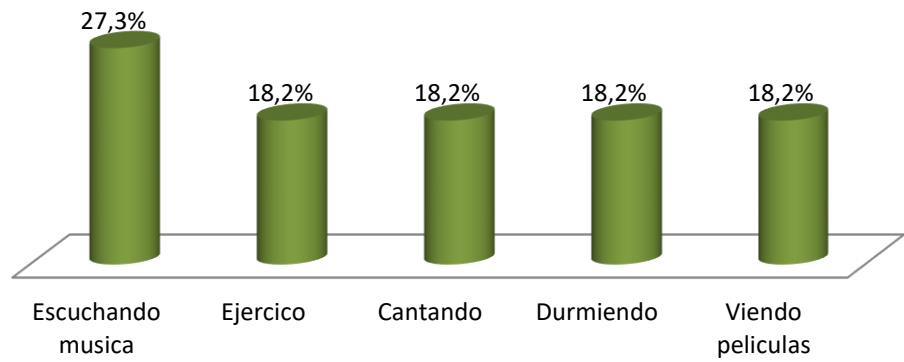
## Gráficas correspondientes a la Licenciatura en Derecho



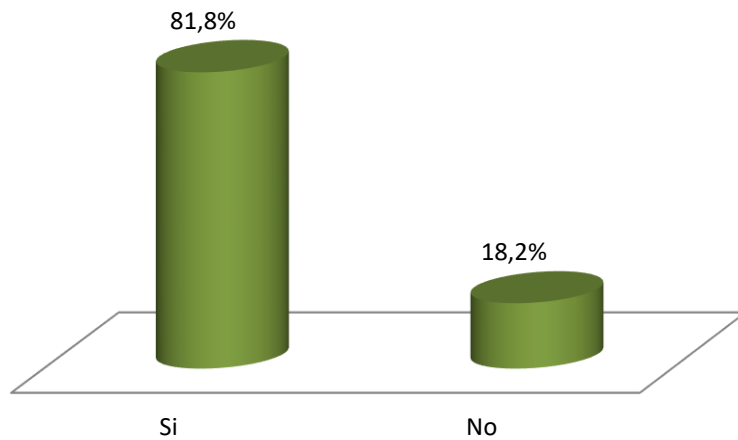
Gráfica 25.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Alguna vez te has sentido estresado?  
Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



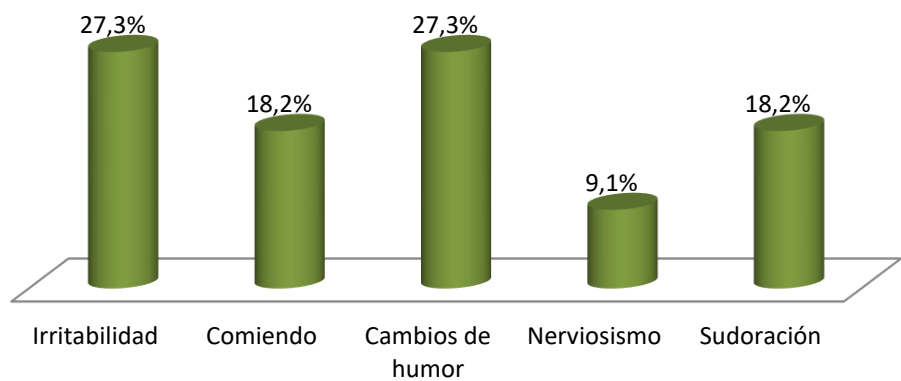
Gráfica 26.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?  
Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



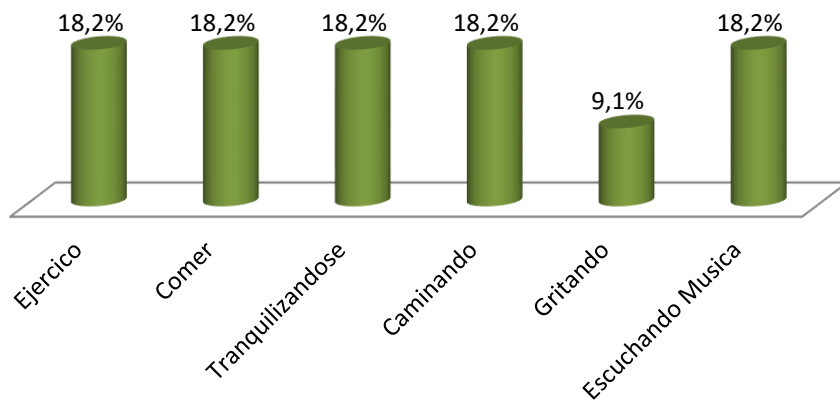
Gráfica 27.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo liberas el estrés?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



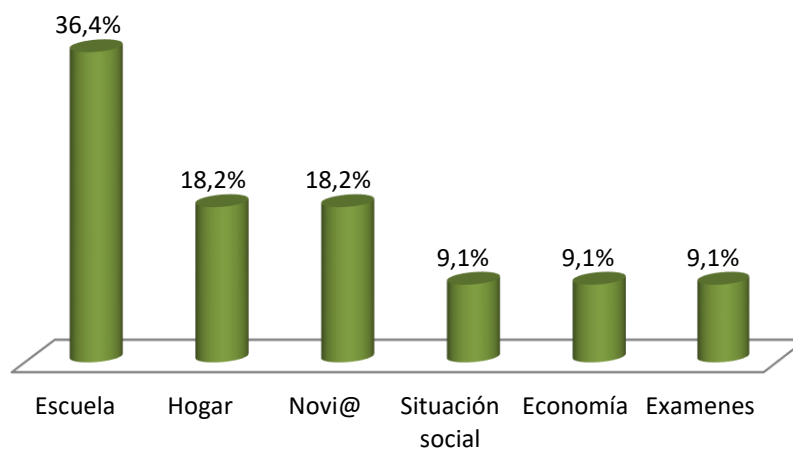
Gráfica 28.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



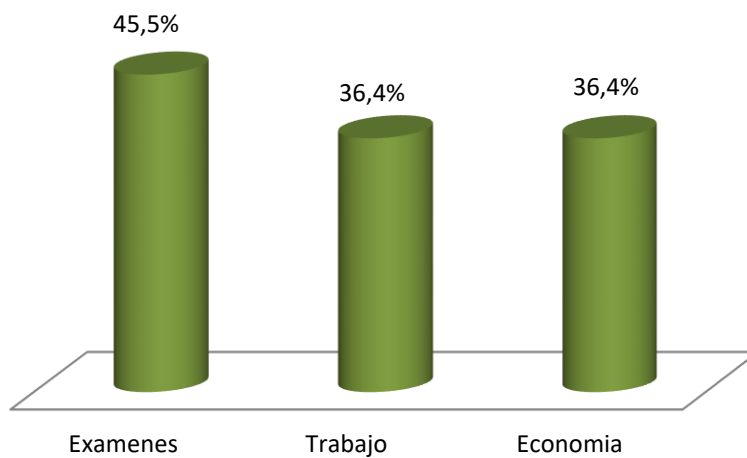
Gráfica 29.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo manifiestas la ansiedad?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



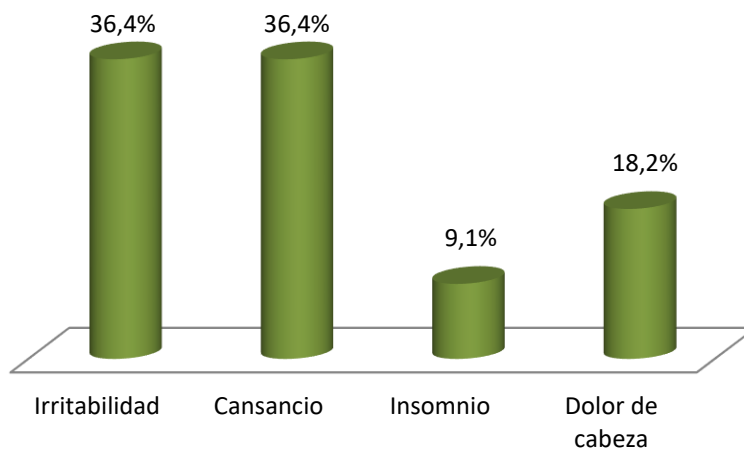
Gráfica 30.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta  
 ¿Cómo liberas la ansiedad?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



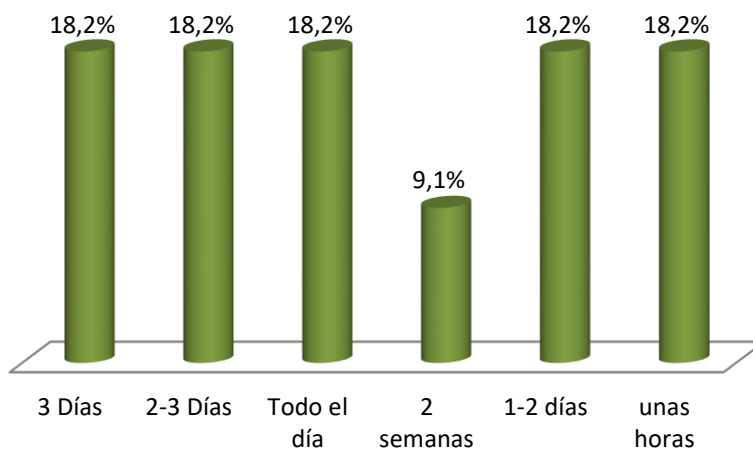
Gráfica 31.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.



Gráfica 32.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Derecho de la Universidad privada.

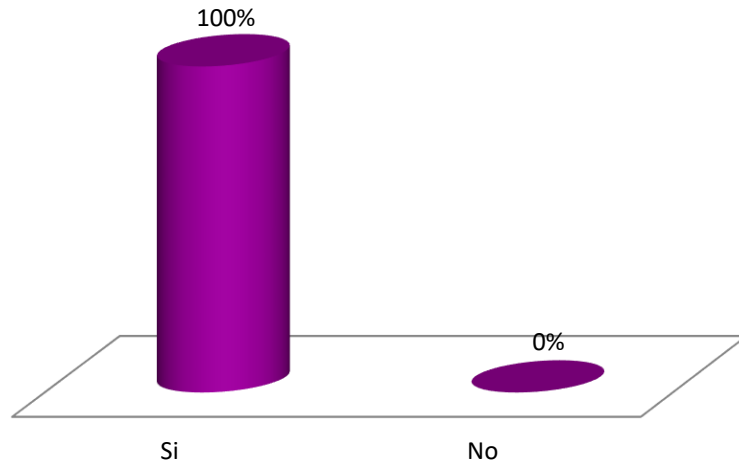


Gráfica 33.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?  
Licenciatura en Derecho en la universidad privada.

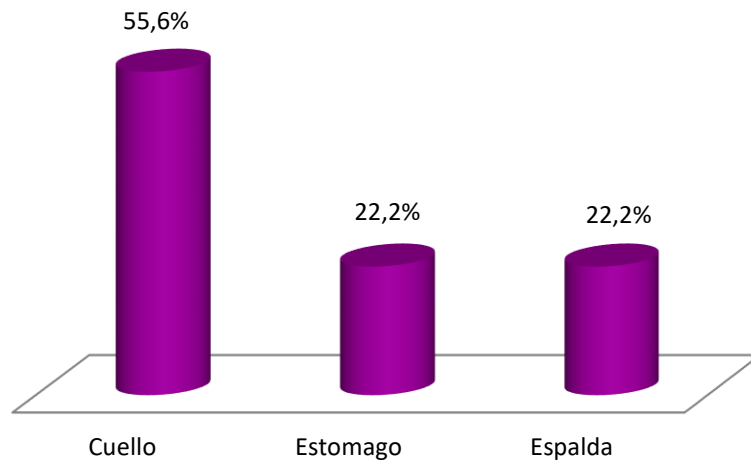


Gráfica 34.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares?  
Licenciatura en Derecho de la Universidad privada

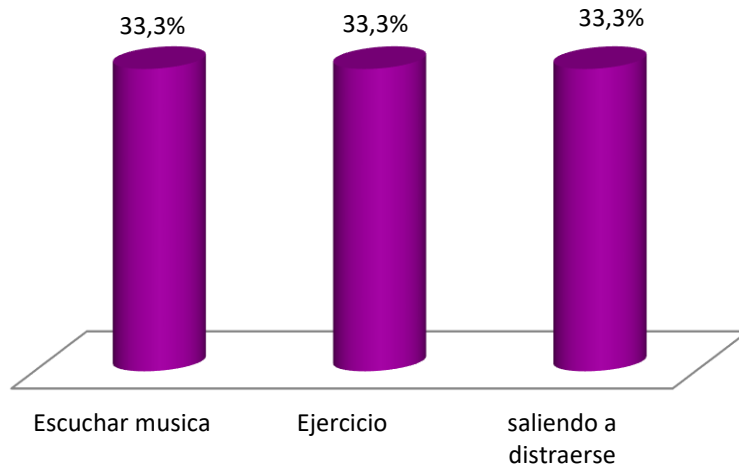
## Gráficas correspondientes a la licenciatura en administración



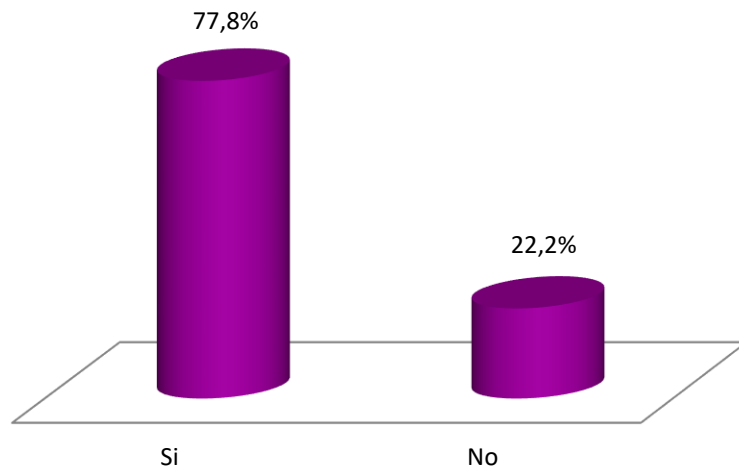
Gráfica 35.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Alguna vez te has sentido estresado?  
Licenciatura en Administración de la Universidad privada.



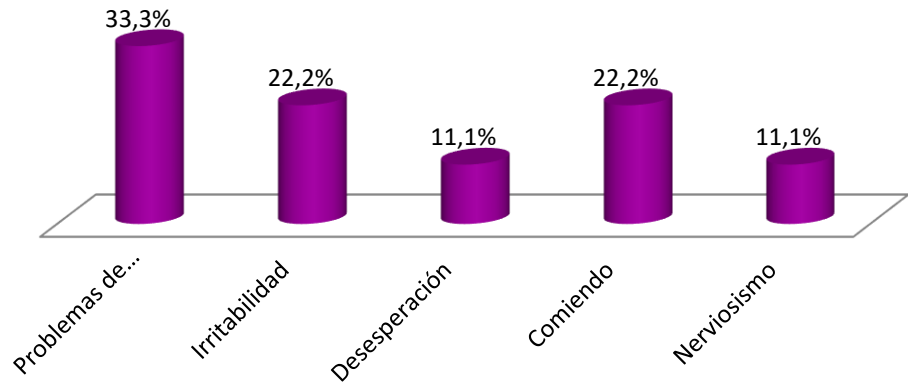
Gráfica 36.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?  
Licenciatura en Administración de la universidad privada.



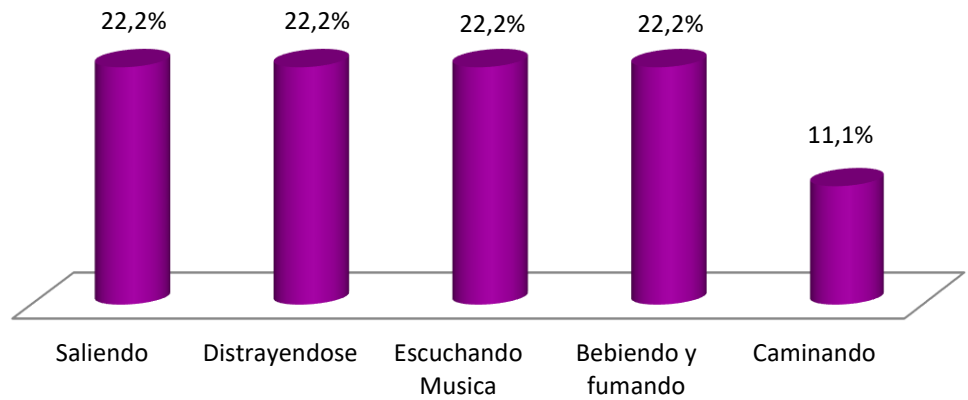
Gráfica 37.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo liberas el estrés?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.



Gráfica 38.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.

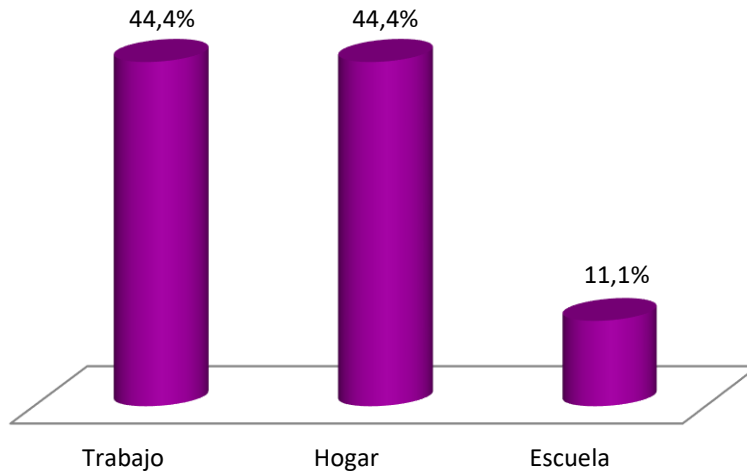


Gráfica 39.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo manifiestas la ansiedad?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.

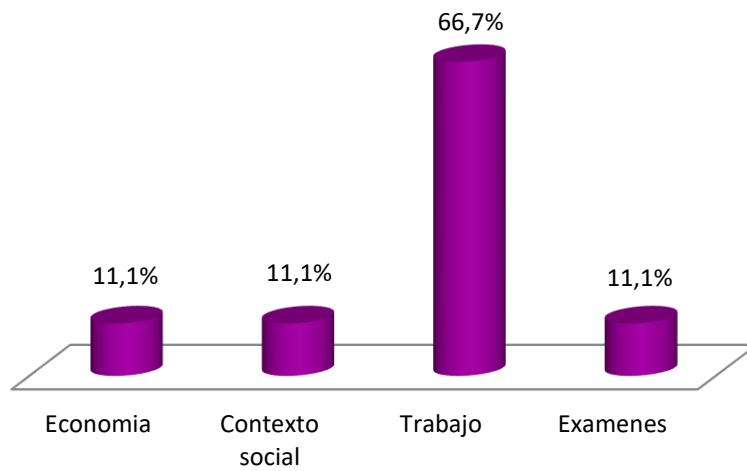


Gráfica 40.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta  
 ¿Cómo liberas la ansiedad?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.

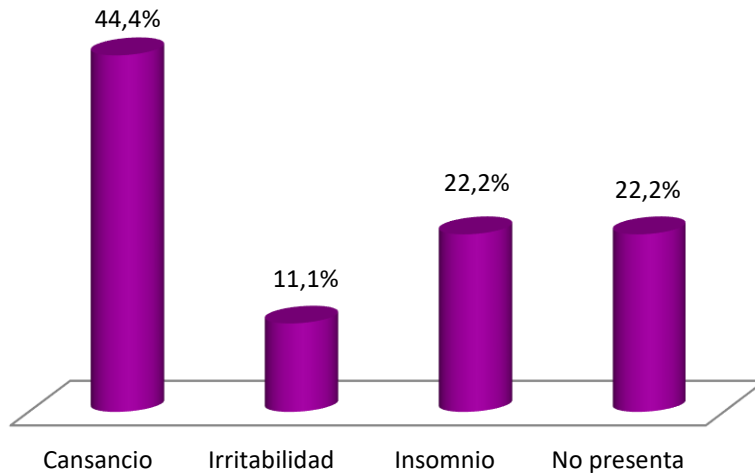




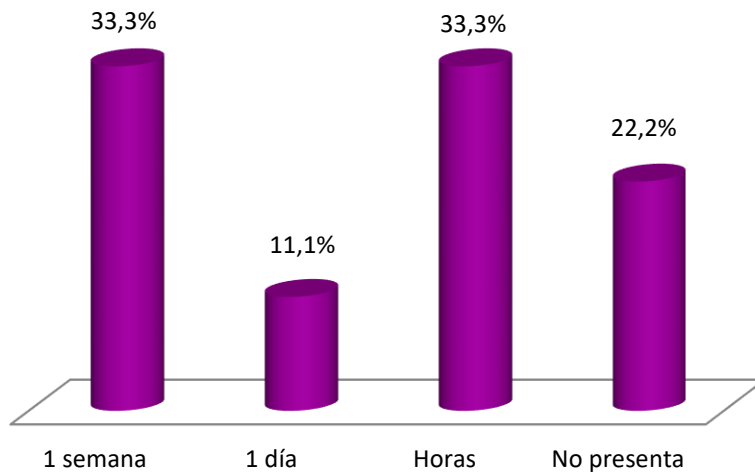
Gráfica 41.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.



Gráfica 42 .-Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Administración de la Universidad privada.

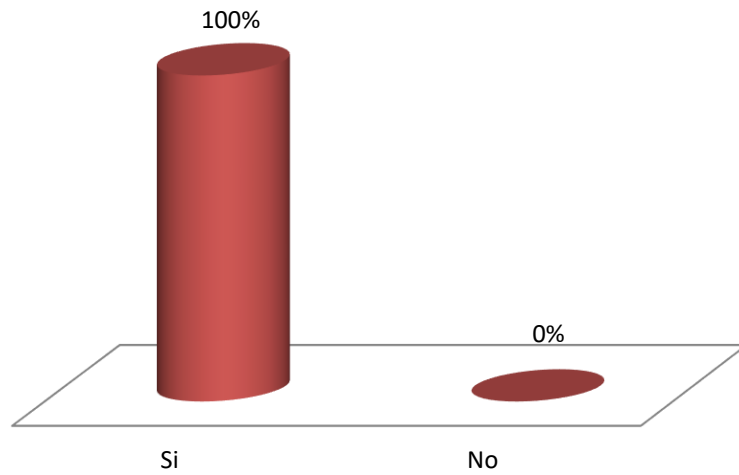


Gráfica 43.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones? Licenciatura en Administración en la Universidad privada.

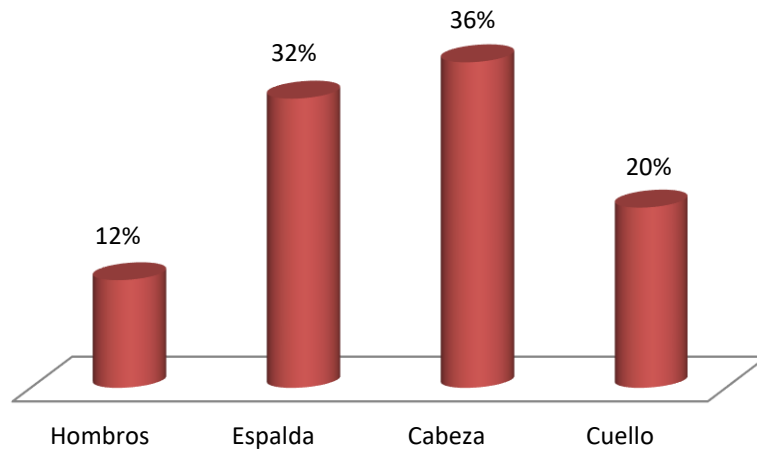


Gráfica 44.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares? Licenciatura en Administración de la Universidad privada.

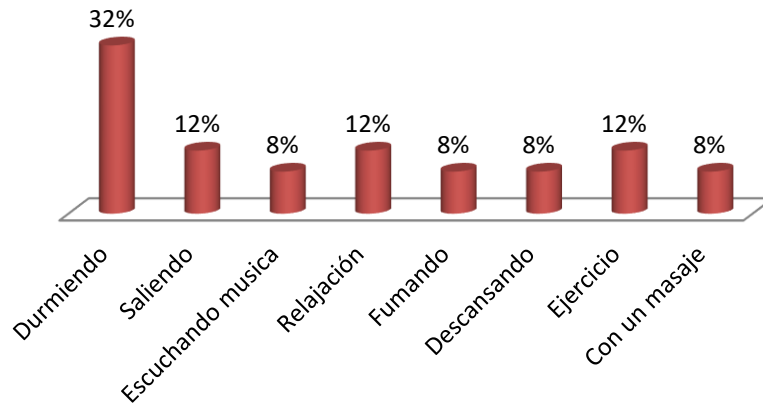
## Gráficas correspondientes a la licenciatura en Turismo



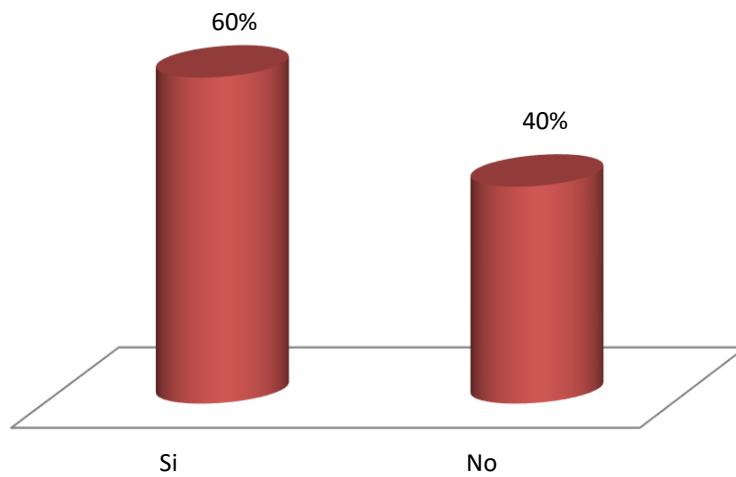
Gráfica 45.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Alguna vez te has sentido estresado?  
Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



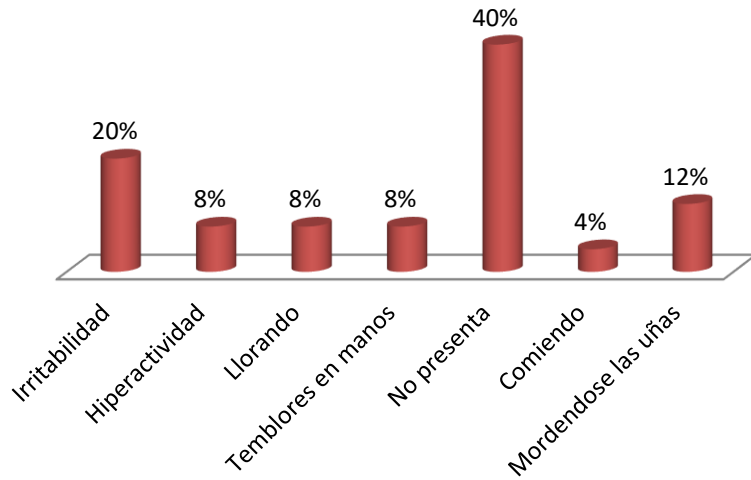
Gráfica 46.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?  
Licenciatura en Turismo de la Universidad privada



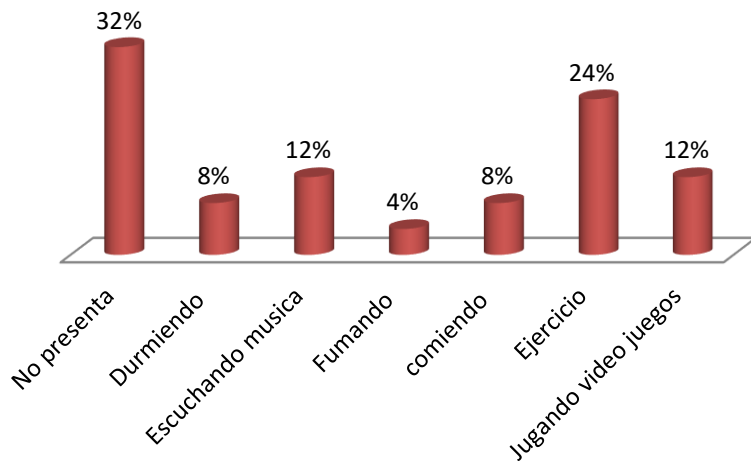
Gráfica 47.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo liberas el estrés?  
 Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



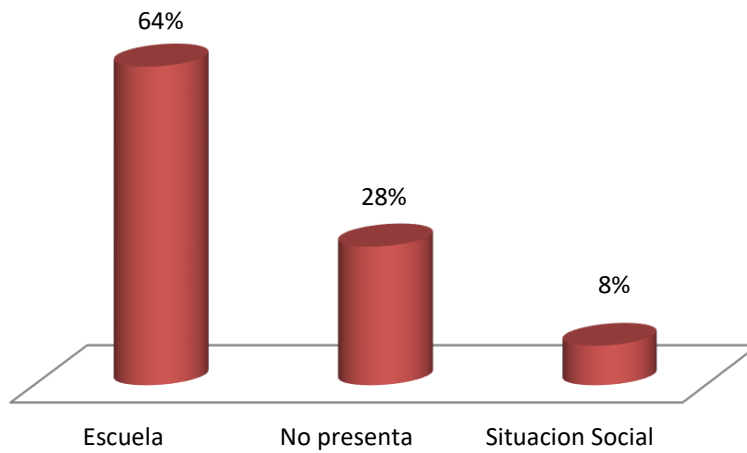
Gráfica 48 .- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
 Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



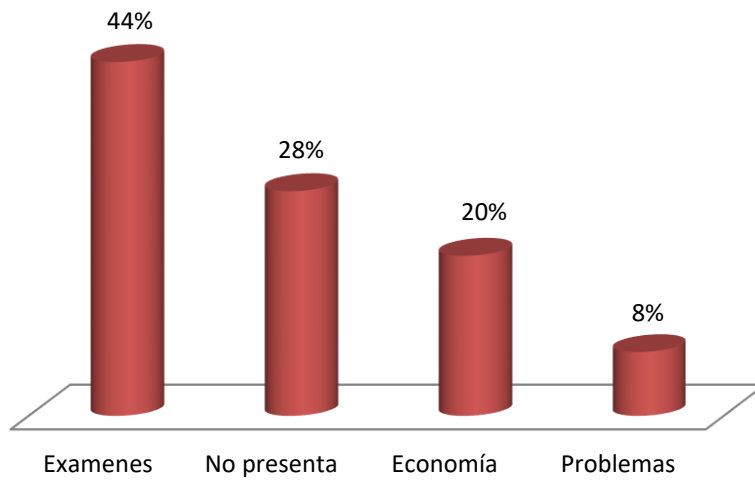
Gráfica 49.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo manifiestas la ansiedad?  
 Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



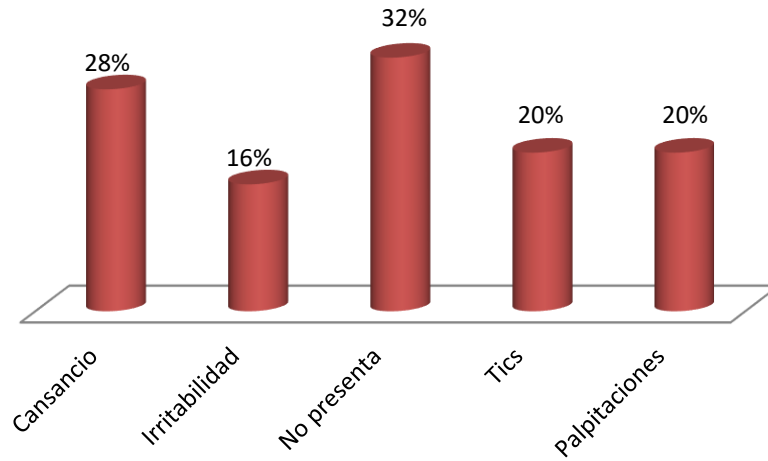
Gráfica 50.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta  
 ¿Cómo liberas la ansiedad?  
 Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



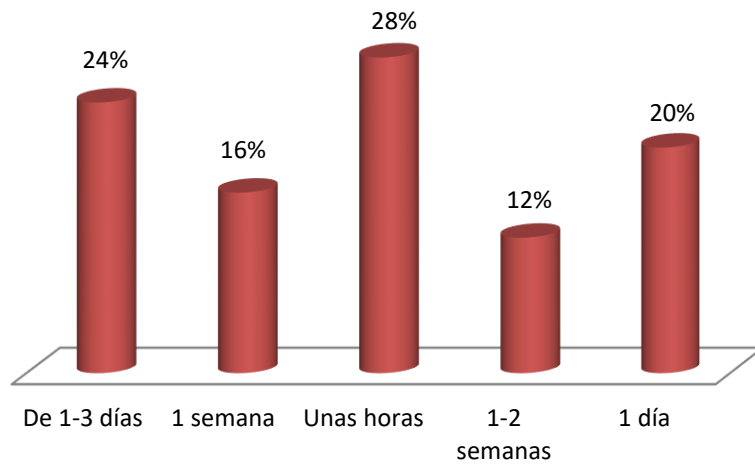
Gráfica 51.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.



Gráfica 52.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Turismo. Universidad privada.

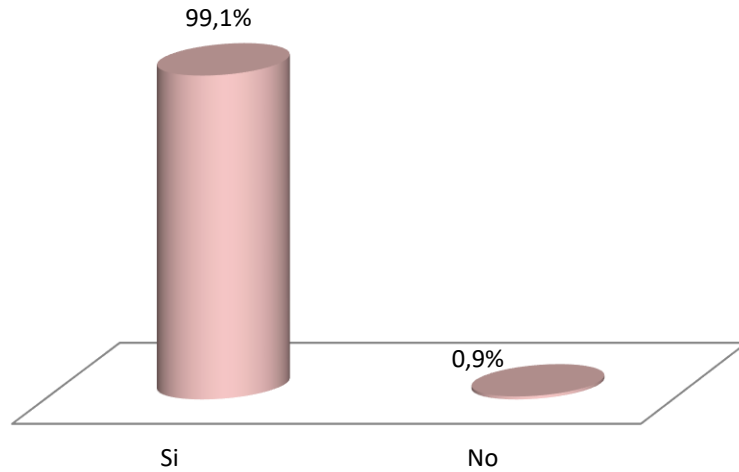


Gráfica 53.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?  
Licenciatura en Turismo en la Universidad privada.

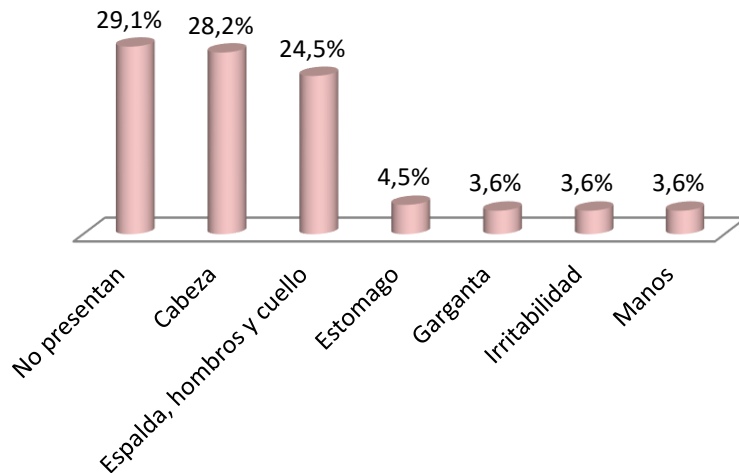


Gráfica 54.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares?  
Licenciatura en Turismo de la Universidad privada.

## Gráficas correspondientes a la Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas

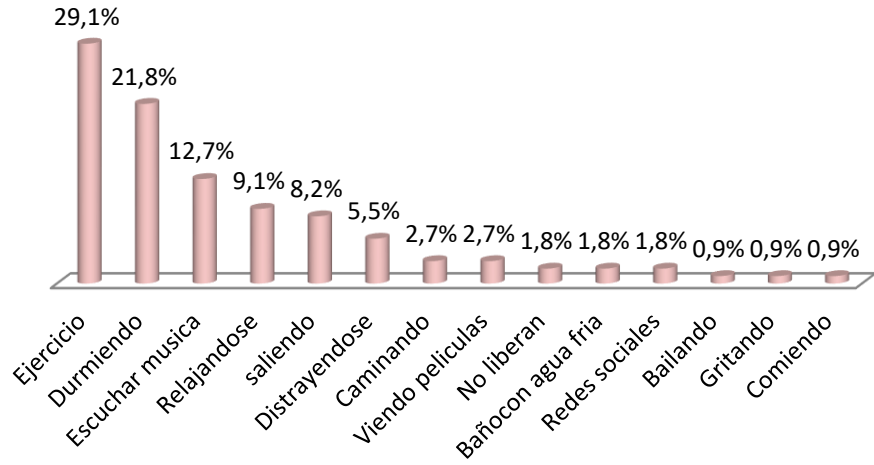


Gráfica 55.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Alguna vez te has sentido estresado?  
Licenciatura en ciencias químico biológicas de la Universidad pública.

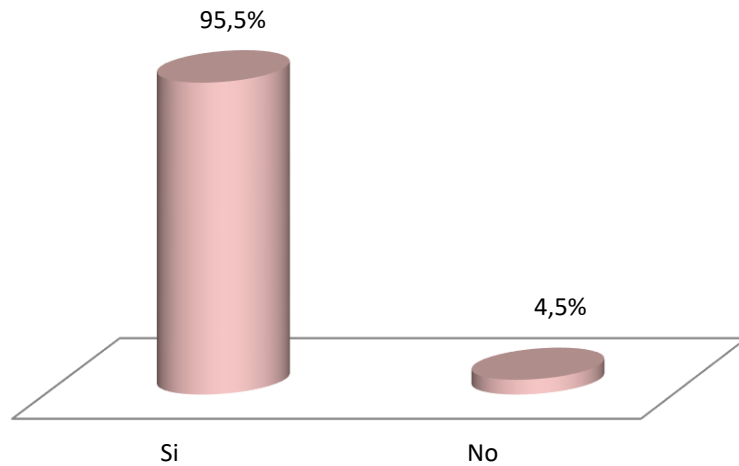


Gráfica 56 .- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?  
Licenciatura en ciencias químico biológicas de la Universidad pública.

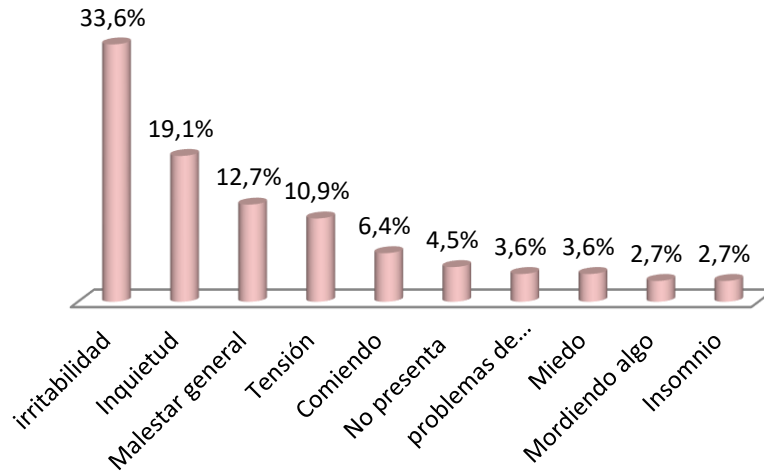




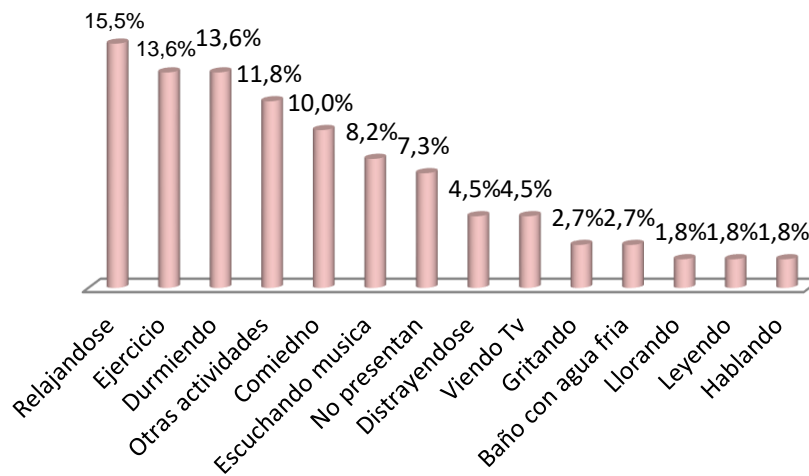
Gráfica 57.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo liberas el estrés?  
 Licenciatura en ciencias químico biológicas de la  
 Universidad pública.



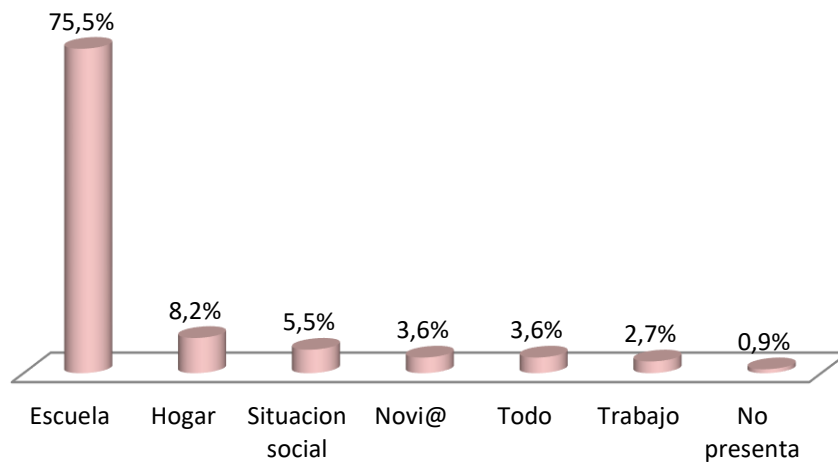
Gráfica 58.- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Alguna vez te has sentido ansioso?  
 Licenciatura en ciencias químico biológicas de la  
 Universidad pública



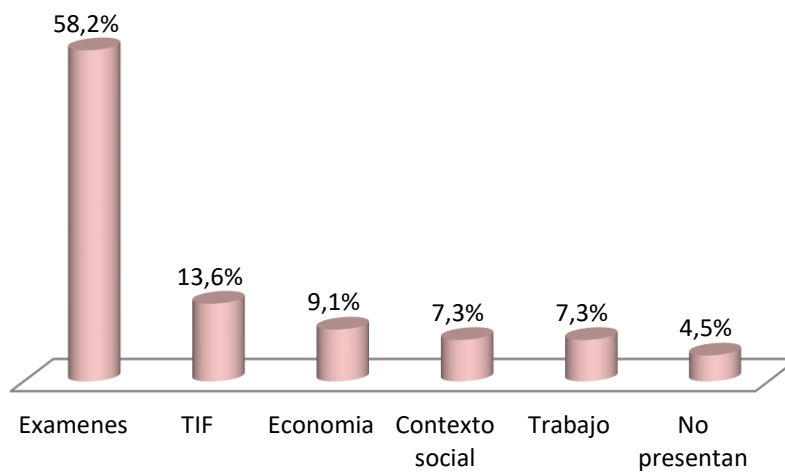
Gráfica 59.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Cómo manifiestas la ansiedad?  
 Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la  
 Universidad pública.



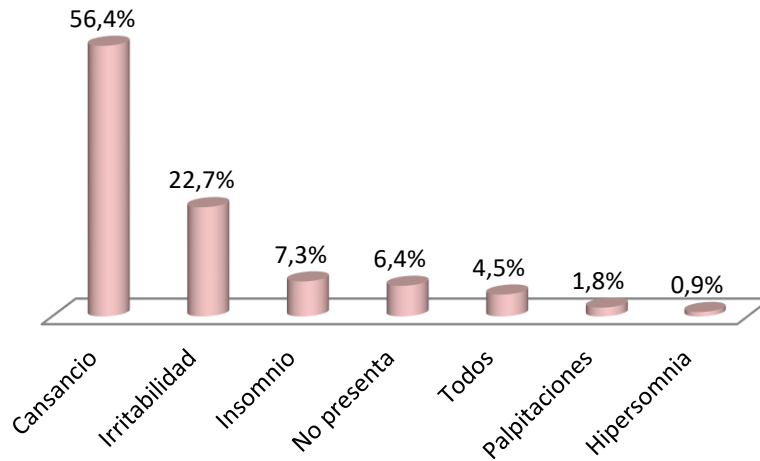
Gráfica 60.- correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pregunta  
 ¿Cómo liberas la ansiedad?  
 Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la  
 Universidad pública.



Gráfica 61.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué factores externos te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la  
 Universidad pública.

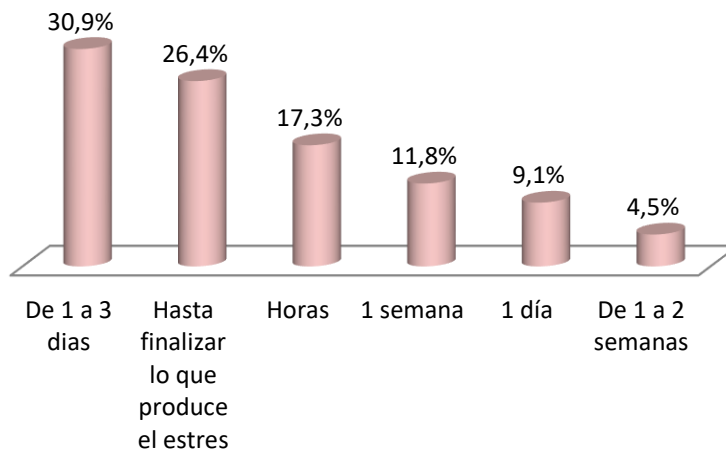


Gráfica 62. - Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta  
 ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad?  
 Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la  
 Universidad pública.



Gráfica 63.- Muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?

Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la Universidad pública.



Gráfica 64- muestra los porcentajes correspondientes a la pregunta ¿Qué periodo duran los malestares?

Licenciatura en Ciencias Químico Biológicas de la Universidad pública.

**ANEXO II**

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**CUESTIONARIO SEMI ESTRUCTURADO DE SINTOMAS**

**SOMÁTICOS**

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Ficha clínica: \_\_\_\_\_

<b>1</b>  <b>Ansiedad</b>	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	<b>3</b>	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	<b>4</b>	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
<b>2</b>  <b>Tensión</b>	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b>	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	<b>3</b>	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	<b>4</b>	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
<b>3</b>  <b>Miedo</b>	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	

	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	

	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
<b>6</b> <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b> <b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<b>8</b> <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	



	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>9</b>	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje
<b>Síntomas cardiovasculares</b>	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
<b>Síntomas respiratorios</b>	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	

	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b> <b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b> <b>Síntomas autonómicos</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje

<b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON MODIFICADA.

Carrera y semestre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: M o F Fecha: \_\_\_\_\_  
Trabaja: si o no

INSTRCCIONES: De las siguientes oraciones seleccione la opción con la cual se identifique o describa su situación actual.

1. Presenta estado de ánimo ansioso. Como por ejemplo: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

2. Presenta síntomas de Tensión. (Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.)

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

4. Presenta: Insomnio, dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

5. Presenta: Dificultad para concentrarse, mala memoria.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

6. Presenta: Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

7. Presenta Síntomas como Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, movimientos involuntarios, crujir de dientes, voz temblorosa.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

8. Presenta Síntomas como: Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

9. Presenta Síntomas cardiovasculares como: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole (palpitaciones).

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

10. Presenta Síntomas respiratorios como: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea (dificultad para respirar o falta de aire).

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

11. Presenta Síntomas gastrointestinales como: Dificultad para tragar, gases, empacho, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, ruido intestinal , diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

12. Presenta Síntomas genitourinarios como: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea (ausencia de menstruación), menorragia (períodos menstruales en la que la hemorragia es anormalmente intensa o prolongada), aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

**A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

13. Presenta Síntomas autónomos como: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, dolor intenso de cabeza por tensión, piloerección (pelos de punta).

- A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

14. Subraye la opción que describa su comportamiento actual:

- A) Tenso**  
**B) Agitado**  
**C) Nervioso**  
**D) inquieto**  
**E) Agitado**  
**F) Tranquilo**

En que intensidad puede describirlo:

- A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

15.- Durante la realización de esta encuesta identificó alguno de estos síntomas: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia, frecuencia respiratoria acelerada, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, sudor, tics en los párpados.

- A) SI    B) NO**

Si su respuesta fue si mencione cuales identificó:\_\_\_\_\_

Mencione la frecuencia:

- A) Ausente    B) Leve    C) Moderado    D) Grave    E) Muy grave o Incapacitante**

**Gracias.**

## Cuestionario de ansiedad y factores generadores.

Carrera y semestre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M o F Fecha: \_\_\_\_\_ Trabaja: si o no

**INSTRUCCIONES:** Contesta con letra clara y entendible en forma breve y concreta lo que a continuación se te pide.

1.- ¿Te enfermas con frecuencia? Si tu respuesta fue afirmativa menciona que tan frecuente.

R=

2.- ¿Cuáles son las enfermedades más comunes que presentas?

R=

3.- ¿Cuándo estás sometido a mucha presión presentas algún síntoma físico (dolor de cabeza, cuello, estomago, etc.) menciona cuál o cuáles, que tan frecuente es?

R=

4.- ¿Cuándo estas sometido a mucho estrés sueles enfermarte?

R=

Si tu respuesta es afirmativa ¿De qué te enfermas?

R=

**ESTRÉS ES:** Desequilibrio entre lo que se les exige y los recursos con que cuentan para satisfacer dichas exigencias. (puede generar irritabilidad, ansiedad, problemas de sueño, depresión, hipocondría, alienación, agotamiento, dificultad para concentrarse, recordar o aprender nuevas cosas, tomar decisiones, problemas de espalda y/o musculares, debilitamiento del sistema inmunológico, úlceras pépticas, cardiopatías, hipertensión, etc.).

**4.- ¿Alguna vez te has sentido estresado?**

**R=**

**5.- ¿Cuándo tienes mucho estrés en que zonas del cuerpo lo reflejas?**

**R=**

**6.- ¿Cómo liberas el estrés?**

**R=**

**ANSIEDAD ES: Estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Puede presentarse en preocupación excesiva no fundamentada, problemas de concentración y atención, irritabilidad, e inquietud.**

**7.- ¿Alguna Vez te has sentido ansioso?**

**R=**

**8.- ¿Cómo manifiestas la ansiedad?**

**R=**

**9.- ¿Cómo liberas la ansiedad?**

**R=**

**10.- ¿Qué factores externos te generan ansiedad (ejemplo: novia(o), escuela, hogar, situación social, ¿otras)?**

**R=**



**11.- ¿Qué conflictos ambientales te generan ansiedad (ejemplo: exámenes, trabajo, economía, contexto social, otras)?**

**R=**

**12.- ¿Cuándo tienes una carga pesada de estrés, presentas alguno de estos síntomas: cansancio excesivo, insomnio, irritabilidad, palpitaciones?**

**R=**

**13.- ¿Qué periodo duran los malestares?**

**R=**