



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“AFECTACIONES EN LA SALUD POR ANSIEDAD E
HIPOCONDRIASIS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS – CUSCO
2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Yurico Chile Espinoza

Gremma Litsa Quispitira Quispe

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en
Psicología

Docente asesor:

Jorge Raúl Ponce Aliaga

Código orcid N° 0000-0003-3782-3548

Chincha, Ica, 2020

ASESOR

JORGE RAÚL PONCE ALIAGA

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. EDMUNDO GONZALES ZAVALA

Dr. WILLIAN CHU ESTRADA

Dr. MARTIN CAMPOS MARTINEZ

DEDICATORIA

Dedico esta tesis; a Dios, por darme vida, salud y permitirme cumplir un objetivo más. A mi madre, por ser la persona más importante y por brindarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre, por su apoyo constante, quien me recuerda a cada momento las metas que tengo que cumplir, a mis hermanos quienes me enseñó que con trabajo y perseverancia se encuentra el éxito profesional. A mi asesor, por su orientación, dedicación, paciencia y esfuerzo que fueron importantes para la culminación de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTO

La vida es hermosa, porque nos permite disfrutar de las personas que amamos, de las experiencias que vivimos, donde podemos ayudar y guiar a muchas personas si ellas lo permiten, pero también podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida; por esto mismo, agradezco a Dios por la fuerza que hoy tengo.

Le agradezco a mi familia, por confiar y creer en mí. Por la lucha constante de cumplir mis metas.

Agradezco a mi asesor de la Universidad, por guiarme en todo este camino al éxito con sabiduría.

Agradezco a las personas que me acompañaron en todo el trayecto hacia la culminación de esta tesis.

Finalmente, agradezco a la Universidad Autónoma de Ica que me dio la oportunidad de poder desarrollar y culminar esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

Material y métodos: El estudio se realizó basándose en el tipo de investigación diseño no experimental, ya que las variables que se plantearon no se llegaron a manipularse, motivo por el mismo es que se obtuvieron tal como sale en el registro. Tipo transversal, debido a que se realizó durante el periodo 2019, y retrospectivo debido a que el estudio que se obtuvo fue de forma retrogrado. Nuestro estudio se llegó a realizar con la entrevista a los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico san francisco de asís – Cusco, tal como lo es la ficha de recolección de datos.

Población: Adultos mayores que son atendidos en el centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019, siendo un total de 76 pacientes. Se contó con la participación de 63 adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.

Resultados: Presentación y constatación de los resultados de la investigación con lo que respecta a la bibliografía y la base teórica. Respecto a la edad en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 31.75% oscilan entre los 60 a 65 años, 28.57% oscilan entre los 66 a 70 años, el 25.40% oscilan entre los 71 a 75 años, y solo el 14.29% oscilan entre los 76 años a más.

Conclusión: Existen afectaciones en la salud debidas dos aspectos (ansiedad e hipocondriasis) que repercuten en los ancianos del centro geriátrico (36%), las cuales se encuentran presentes y, esto resulta en la baja utilidad que estos presentan en sus actividades de la vida diaria y el sentido de vida que le dan a su existencia.

Palabras clave: Ansiedad, Hipocondriasis, Estrés, Envejecimiento

ABSTRACT

Objective: To determine the health effects caused by anxiety and hypochondriasis in older adults at the San Francisco de Asís gerontological center - Cusco 2019.

Material and methods: The study was carried out based on the type of non-experimental design research, since the variables that were raised were not manipulated, which is why they were obtained as it appears in the registry. Cross-sectional type, because it was carried out during the 2019 period, and retrospective because the study obtained was retrograde. Our study was carried out by interviewing patients who are cared for at the San Francisco de Asís - Cusco gerontological center, as is the data collection form.

Population: Older adults who are cared for at the San Francisco de Asís - Cusco 2019 gerontological center, with a total of 76 patients. 63 older adults from the San Francisco de Asís - Cusco 2019 gerontological center participated.

Results: Presentation and verification of the results of the investigation with regard to the bibliography and the theoretical base. Regarding the age of the patients who are cared for at the San Francisco de Asís - Cusco gerontological center, it was shown that 31.75% range between 60 to 65 years, 28.57% range between 66 to 70 years, 25.40% range between 71 to 75 years, and only 14.29% oscillate between 76 years and over.

Conclusion: There are health effects due to two aspects (anxiety and hypochondriasis) that affect the elderly in the geriatric center (36%), which are present and, this results in the low utility that these present in their activities of life daily life and the meaning of life they give to their existence.

Keywords: Anxiety, Hypochondriasis, Stress, Aging

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTO..... | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| INDICE GENERAL..... | vii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 12 |
| 2.1 Descripción del problema..... | 12 |
| 2.2 Pregunta de investigación general..... | 13 |
| 2.3 Preguntas de investigación específicas..... | 13 |
| 2.4 Objetivo general..... | 13 |
| 2.5 Objetivos específicos..... | 13 |
| 2.6 Justificación e importancia..... | 14 |
| 2.7 Alcances y limitaciones..... | 15 |
| III. MARCO TEORICO..... | 15 |
| 3.1 Antecedentes..... | 15 |
| 3.2 Bases teóricas..... | 23 |
| 3.3 Identificación de las variables..... | 49 |
| IV. METODOLOGIA..... | 49 |
| 4.1 Tipo y nivel de investigación..... | 49 |
| 4.2 Diseño de la investigación..... | 49 |
| 4.3 Operalización de variables..... | 50 |
| 4.4 Hipótesis general y específicas..... | 50 |
| 4.5 Población – muestra..... | 51 |
| 4.6 Técnicas e instrumentos: validación y confiabilidad..... | 52 |
| 4.7 Recolección de datos..... | 53 |
| 4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos..... | 53 |
| V. RESULTADOS..... | 53 |
| 5.1 Presentación de resultados..... | 53 |
| 5.2 Interpretación de los resultados..... | 69 |
| VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 71 |

| | |
|--|----|
| 6.1 Análisis de los resultados..... | 71 |
| 6.2 Comparación resultados con antecedentes..... | 73 |

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

ANEXO 2: Matriz de Operalización de variables

ANEXO 3: Instrumento de medición

ANEXO 4 Ficha de validación de instrumentos de medición

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| 1. Edad..... | 51 |
| 2. Sexo..... | 53 |
| 3. Estado civil..... | 54 |
| 4. Grado académico..... | 55 |
| 5. ¿Padece de alguna enfermedad?..... | 56 |
| 6. ¿Cuántas personas viven contigo?..... | 57 |
| 7. ¿En qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros?..... | 58 |
| 8. Las cosas siguen empeorando a medida que envejezco..... | 59 |
| 9. Tengo tanta energía como el año pasado..... | 60 |
| 10. A medida que envejezco me siento menos útil..... | 61 |
| 11. A medida que envejezco, las cosas son (mejores/peores/iguales) de lo que pensaba que serían..... | 62 |
| 12. En general diría que su salud es..... | 63 |
| 13. Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes..... | 64 |
| 14. ¿Que tan satisfecho está con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer?..... | 65 |
| 15. Cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud?..... | 66 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| 1. Edad..... | 51 |
| 2. Sexo..... | 53 |
| 3. Estado civil..... | 54 |
| 4. Grado académico..... | 55 |
| 5. ¿Padece de alguna enfermedad?..... | 56 |
| 6. ¿Cuántas personas viven contigo?..... | 57 |
| 7. ¿En qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros?..... | 58 |
| 8. Las cosas siguen empeorando a medida que envejezco..... | 59 |
| 9. Tengo tanta energía como el año pasado..... | 60 |
| 10. A medida que envejezco me siento menos útil..... | 61 |
| 11. A medida que envejezco, las cosas son (mejores/peores/iguales) de lo que pensaba que serían..... | 62 |
| 12. En general diría que su salud es..... | 63 |
| 13. Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes..... | 64 |
| 14. ¿Que tan satisfecho esta con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer?..... | 65 |
| 15. Cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud?..... | 66 |

I. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud ocurre en todas las cohortes de edad y es una respuesta normal y adaptativa a los estados corporales cambiantes. Para la mayoría de las personas, estas preocupaciones son transitorias, pero para otras, las preocupaciones se vuelven persistentes y debilitantes y pueden manifestarse como ansiedad por la salud o hipocondría. La ocurrencia de ansiedad por la salud elevada es incierta, pero las estimaciones muestran una prevalencia entre el 6% y el 13% en la población general y puede ser mayor en los adultos mayores. No hay duda de que los resultados negativos de la ansiedad por la salud elevada, que incluyen altos niveles de discapacidad funcional, morbilidad, angustia psiquiátrica y uso de la atención médica. Al igual que la mayoría de los países occidentales, la población de Nueva Zelanda está envejeciendo.

La combinación de un posible aumento de la ansiedad por la salud en la vejez, los resultados negativos asociados y una población creciente de adultos mayores, aboga por la ansiedad por la salud en la vejez como un importante campo de estudio. Un conjunto de investigaciones indica que las personas mayores experimentan la angustia mental de manera diferente a las cohortes más jóvenes, lo que plantea la posibilidad de que existan diferencias en la expresión de la ansiedad por la salud con aumento de la edad. La ansiedad por la salud se entiende actualmente dentro de un modelo cognitivo conductual respaldado empíricamente. (Taylor y Asmundson, 2016)

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Aunque este modelo no se ha probado en gran medida en adultos mayores, un estudio anterior del autor encontró un apoyo preliminar para el modelo cognitivo de ansiedad por la salud en una población de adultos mayores.

Existe evidencia de que las características cognitivas de la ansiedad han aumentado su importancia con la edad, lo que plantea la posibilidad de que la cognición sea una característica importante de la ansiedad por la salud en los adultos mayores. El cambio físico es una parte inevitable del envejecimiento, lo que lleva a la especulación de que la evaluación cognitiva de estos cambios (percepciones corporales) puede contribuir a la ansiedad por la salud de diferentes maneras a las que se encuentran en las cohortes más jóvenes.

El conocimiento de tales diferencias podría proporcionar información sobre los mecanismos de la ansiedad por la salud e informar las intervenciones terapéuticas. Un tema importante en la investigación de adultos mayores es la escasez de medidas validadas empíricamente. Para brindar apoyo a los hallazgos del estudio principal, en una fase preliminar del estudio se examina la validez factorial de las medidas existentes seleccionadas de la ansiedad por la salud y los constructos de percepción corporal. Según la teoría cognitivo-conductual, la atención a las sensaciones corporales es una característica fundamental de la ansiedad por la salud. Se han desarrollado medidas existentes de este constructo para el pánico, pero no para la ansiedad por la salud. (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION GENERAL

¿Cuáles son las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?

2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION ESPECIFICAS

- ¿Cuáles son los puntajes de ansiedad por la salud serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?
- ¿Cuáles son los puntajes sensibilidad a la ansiedad serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?
- ¿Cuáles son los puntajes de vigilancia corporal serán significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?

2.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

2.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los puntajes de ansiedad por la salud serán significativamente más bajos para los adultos mayores en

comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

- Correlacionar los puntajes sensibilidad a la ansiedad serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.
- Estudiar los puntajes de vigilancia corporal serán significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

2.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Justificación teórica. – La investigación va a contribuir en que se puedan formar tanto los aspectos teóricos como también aquellos programas que nos ayuden en el diagnóstico de la ansiedad.

Justificación práctica. – Con las mejoras que se den en nuestra investigación, tendremos una mayor práctica.

Justificación metodológica. - Nuestra investigación llego a utilizar programas actuales, entre los programas tendremos Microsoft Excel y Spss (V23.0).

Justificación contemporánea. – Ansiedad e hipocondriasis se encuentran en actualización casi permanente, la misma que nos ayudara a contar con una actualización más moderna.

2.7 ALCANCES Y LIMITACIONES

Para que sea desarrollada la tesis, tuvimos que empezar por el proyecto de tesis el cual se tenía que encontrar las limitaciones más importantes y significativas, una de ellas fue que no se pudo evaluar al total de adultos mayores debido a que algunos de los adultos mayores tenían como idioma mater el quechua, impidiéndonos tener una entrevista fluida, y también presentaban demencia senil (afecta a la memoria, pensamiento, orientación, calculo, el lenguaje y el juicio).

III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Silvia Yang et al (2019) Satisfacción con la vida subjetiva y trastornos mentales entre los adultos mayores en los EAU en la población general”.

La satisfacción con la vida se considera en general un aspecto central del bienestar humano. Muchos han identificado la felicidad con ella y algunos sostienen que el bienestar consiste en gran parte o totalmente en estar satisfecho con la propia vida. La investigación empírica sobre el bienestar se basa en gran medida en estudios de satisfacción con la vida.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue examinar las relaciones de los trastornos psiquiátricos y los trastornos físicos en la satisfacción con la vida entre los adultos mayores árabes en la población general.

Métodos

Se llevaron a cabo entrevistas cara a cara con Geriatric Mental State Interview (GMS-A3) con una muestra nacional de 2000 hogares en

2019. Se entrevistó a muestras totales de 610 ancianos (mayores de 60 años).

Resultados

Había 347 hombres (56,9%) y 263 mujeres (43,1%). La edad media fue de 68,6 años (DE = 8,3). Los diagnósticos más frecuentes fueron depresión (20,2%), ansiedad (5,6%), hipocondría (4,4%) y síndrome orgánico cerebral con o sin demencia (3,6%). Los hallazgos sugieren que tener un trastorno depresivo se asoció significativamente con una menor satisfacción con la vida en toda la muestra de personas mayores. Además, la ansiedad, los trastornos hipocondríacos y el síndrome cerebral orgánico se asociaron significativamente con una baja satisfacción con la vida. Mientras tanto, otros trastornos psiquiátricos, como la fobia, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la esquizofrenia, no se asociaron significativamente con la satisfacción con la vida. No se encontró una relación significativa con ningún trastorno físico solo.

Conclusiones

La fuerte influencia de los trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, el síndrome orgánico cerebral y la hipocondría, más que los trastornos físicos, sugiere que la falta de significado y las preocupaciones son más perjudiciales para la satisfacción con la vida que la fragilidad física. Los hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones que ayuden a las personas mayores a lidiar de manera más efectiva con los trastornos psiquiátricos y sus comorbilidades. Además, los resultados sugieren que brindar apoyo familiar, al no permitir que los adultos mayores vivan solos, puede ser especialmente útil para los adultos mayores.

Bravo Silverman et al (2017) Sensibilidad a la ansiedad, ansiedad y depresión en pacientes mayores y su relación con preocupaciones hipocondríacas y enfermedades médicas.

Este estudio examinó el papel de la sensibilidad a la ansiedad (el miedo a los síntomas de ansiedad porque se cree que dichos síntomas tienen consecuencias dañinas), la ansiedad y la depresión en los adultos mayores y su relación con las preocupaciones hipocondríacas y las enfermedades médicas.

Métodos

La muestra incluyó 53 adultos mayores remitidos a la clínica (M edad = 78,8 años) y 53 adultos mayores no remitidos a la clínica (M edad = 70,9 años). Se examinó si (1) la sensibilidad a la ansiedad estaba elevada en el grupo remitido a la clínica en relación con el grupo no remitido, (2) los síntomas de ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y depresión estaban relacionados con el número de enfermedades médicas y / o con preocupaciones hipocondríacas, y (3) la sensibilidad a la ansiedad fue un mejor predictor de preocupaciones hipocondríacas en relación con la depresión o el rasgo de ansiedad.

Resultados

Los resultados indicaron que la sensibilidad a la ansiedad se elevó significativamente en el grupo referido a la clínica en comparación con el grupo no referido a la clínica, se asoció negativamente con antecedentes de enfermedades médicas, se asoció fuertemente con preocupaciones hipocondríacas y fue un mejor predictor de preocupaciones hipocondríacas que la depresión y rasgo de ansiedad.

Conclusiones

Los hallazgos se discuten en términos de los problemas que enfrentan los adultos mayores en relación con los constructos de sensibilidad a la ansiedad y preocupaciones hipocondríacas.

Lindsay A. (2018) “Predictores de ansiedad por la salud entre adultos mayores y jóvenes”.

Muchos adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica y experimentan mayores problemas de salud que adultos jóvenes. Sin embargo, se sabe poco sobre otros factores además de la salud que explican la ansiedad por la salud (HA) entre los adultos mayores.

El objetivo general del presente estudio fue desarrollar una mejor comprensión de HA entre adultos mayores y jóvenes.

Métodos: Examinamos cómo los constructos relacionados con la ansiedad (sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre, ansiedad control y regulación de las emociones) predicen dos componentes centrales de HA descritos en el proceso cognitivo-conductual modelo de HA (probabilidad de enfermedad y consecuencias negativas) en adultos mayores y jóvenes. También examinamos la medida en que las variables predictoras explican diferencialmente la HA en ambos grupos de edad. Mayores y jóvenes los participantes adultos completaron varias encuestas de auto informe.

Resultados: Los adultos jóvenes informaron niveles más altos de HA que los adultos mayores. Sensibilidad a la ansiedad y reevaluación probabilidad de enfermedad predicha para adultos mayores y jóvenes. Intolerancia a la incertidumbre predicha negativa consecuencias en ambos grupos de edad. La sensibilidad a la ansiedad predijo consecuencias negativas solo para los adultos mayores. El control de la ansiedad no predijo la probabilidad de enfermedad ni las consecuencias negativas para ninguno de los grupos de edad.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre pueden predisponer a personas mayores y adultos jóvenes a HA, que está influenciada por la reevaluación. Implicaciones para el modelo cognitivo-conductual se discuten HA en ambos grupos de edad.

Ann Fernind (2017) et al “Ansiedad por la salud entre las personas mayores: un estudio exploratorio de conductas de ansiedad y seguridad relacionadas con la salud en una cohorte de adultos mayores en Nueva Zelanda”

A pesar del estereotipo que caracteriza a las personas mayores como excesivamente ansiosas por su salud, hay poca investigación sobre este fenómeno. El presente estudio exploratorio examinó: (a) si una cohorte de los adultos mayores estaba excesivamente ansiosa por su salud, (b) qué factores demográficos y de salud predijeron la ansiedad por la salud (HA) y (c) si un aspecto del modelo cognitivo conductual de HA era aplicable a los adultos mayores por investigando la relación entre HA y comportamientos de seguridad.

Método: Los participantes fueron una muestra de conveniencia de adultos mayores de 65 años que viven de forma independiente en Auckland. Nueva Zelanda. Los participantes (104 mujeres y 41 hombres) completaron un cuestionario de auto informe anónimo medir factores demográficos, salud y función física, ansiedad por la salud, conductas de seguridad y utilización.

Resultados: Esta cohorte de adultos mayores de 65 años no presentaba excesiva ansiedad por su salud. La aparición de HA grave fue similar al encontrado en poblaciones más jóvenes. Disminución de la función física y menor educación pronosticaron puntajes en la medida HA. De acuerdo con el modelo cognitivo conductual, HA fue un predictor significativo único de comportamientos de seguridad. La HA y la función física disminuida predijeron la utilización médica.

Conclusiones: Los niveles generalmente bajos de HA entre esta cohorte de personas mayores desafiaron el estereotipo del anciano “hipocondríaco”. Los factores que contribuyen a la HA fueron similares a los informados en estudios con cohortes más jóvenes. Los hallazgos proporcionaron un apoyo preliminar para la aplicabilidad del modelo

de comportamiento de HA para adultos mayores de 65 años. Las implicaciones de los hallazgos y direcciones para futuras investigaciones fueron discutidas.

Paolo Fusar (2018) et al “Resultado del tratamiento diurno para adultos mayores con trastornos afectivos: un diseño observacional previo y posterior de dos enfoques transdiagnósticos”.

Objetivo

Primero, evaluar el resultado de 2 programas de tratamiento diurno transdiagnóstico. Un programa de tratamiento psicoterapéutico diurno (TFD) de 20 semanas y un programa de tratamiento diurno activador (ADT) administrados en bloques de 4 semanas con un máximo de 24 semanas con respecto a la depresión, la ansiedad y la hipocondría. En segundo lugar, explorar el impacto del deterioro cognitivo y la patología de la personalidad en el resultado del tratamiento.

Métodos

La evolución de la depresión (Inventario de síntomas depresivos), la ansiedad (Inventario de ansiedad geriátrica) y la hipocondría (Índice de Whitley) se evaluaron mediante modelos lineales mixtos ajustados por edad, sexo, nivel de educación y consumo de alcohol entre 49 pacientes (edad media de 65 años). años, 67% mujeres) que recibieron TFD y entre 61 pacientes (edad media 67,1, 61% mujeres) que recibieron ADT. Los tamaños del efecto antes y después se expresaron como d de Cohen. Posteriormente, se examinaron el deterioro cognitivo (no, sospechado, establecido) y la patología de la personalidad (criterios del DSM - IV, así como los rasgos de personalidad de los Cinco Grandes) como posibles moderadores del resultado del tratamiento.

Resultados

Entre los pacientes que recibieron TFD, se encontraron grandes mejoras para la depresión ($d = 1,1$) y la ansiedad ($d = 1,2$) pero no para la

hipocondría ($d = 0,0$). Los pacientes que recibieron ADT mostraron efectos de tratamiento moderados para la depresión ($d = 0,6$), la ansiedad ($d = 0,6$), así como la hipocondría ($d = 0,6$). La patología de la personalidad no modera el resultado del tratamiento ni con TFD ni con ADT. El deterioro cognitivo interfirió negativamente con el curso de los síntomas depresivos entre los pacientes que recibieron TFD.

Conclusiones

El tratamiento diurno transdiagnóstico es prometedor para los adultos mayores con trastornos afectivos con alta viabilidad.

Bryan Jackson (2018) et al “Depresión y ansiedad en adultos mayores médicamente enfermos: prevalencia y curso a corto plazo”

El objetivo de este estudio fue examinar la prevalencia y la evolución a corto plazo de la depresión y la ansiedad en una muestra de adultos mayores hospitalizados y médicamente enfermos, utilizando tanto una medida de síntomas como un instrumento de diagnóstico.

Métodos

Se reclutaron cien participantes de pacientes hospitalizados en un hospital geriátrico en Melbourne, Australia. La ansiedad y la depresión se evaluaron poco después del ingreso, y nuevamente dos meses después, utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el Sistema de diagnóstico Geriatric Mental Status Schedule / AGE CAT.

Resultados

En el momento 1, el 60% de la muestra presentó síntomas de ansiedad a nivel de sub-caso, mientras que el 16% tuvo síntomas de ansiedad a nivel de síndrome, mientras que el 48% de los participantes tenía depresión a nivel de síndrome. El HADS y AGE CAT fueron

concordantes con respecto a la ansiedad para el 78% de los participantes, pero el acuerdo fue menor para la depresión; AGE-CAT identificó otros 36 casos de síndrome de depresión no considerados deprimidos por el HADS. Hubo una disminución significativa en las tasas generales de síntomas y síndromes de depresión y ansiedad desde el momento 1 al momento 2.

Conclusión

Este estudio confirma los hallazgos de investigaciones anteriores con respecto a la alta prevalencia de depresión en adultos mayores físicamente enfermos, y amplía el conocimiento sobre la ansiedad en este grupo. Los síntomas de ansiedad son incluso más comunes que los síntomas de depresión en este grupo, especialmente en el momento del ingreso al hospital. Durante un período de tiempo relativamente corto.

Lindsay Gerolimatos (2017) et al “Los constructos relacionados con la ansiedad median la relación entre la edad y la ansiedad por la salud”

Objetivo

Pocos estudios han examinado la ansiedad por la salud en los adultos mayores y se desconoce qué factores explican las diferencias relacionadas con la edad en la ansiedad por la salud. Dadas las similitudes entre la ansiedad por la salud y los trastornos de ansiedad, se examinaron los constructos relacionados con la ansiedad, incluida la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, la regulación de las emociones y el control de la ansiedad, como mediadores de la relación entre la edad (adultos mayores frente a los jóvenes) y la ansiedad por la salud.

Métodos

Ochenta y seis adultos mayores de 60 años o más y 117 adultos jóvenes de 18 a 30 completaron varias medidas de autoinforme de la ansiedad por la salud y los constructos relacionados con la ansiedad.

Resultados

Los adultos jóvenes informaron niveles más altos de ansiedad por la salud que los adultos mayores. La sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre mediaron parcialmente la relación entre la edad y la ansiedad por la salud. El control, la reevaluación y la supresión de la ansiedad percibida no mediaron la relación entre la edad y la ansiedad por la salud.

Conclusiones

La sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre son características predisponentes que parecen explicar parcialmente las diferencias relacionadas con la edad en la ansiedad por la salud. Estos constructos pueden ser objetivos necesarios para la evaluación y las intervenciones entre adultos jóvenes y mayores.

3.2 BASES TEORICAS

El médico inglés Sir Richard Blackmore escribió en *A Treatise Of The Spleen And Vapors: Or, Hypochondriacal And Hysterical Affections*, que la hipocondría se consideraba comúnmente como una "enfermedad cerebral imaginaria y fantástica, llena de ideas extrañas e irregulares" y las personas con hipocondría eran "objeto de burla y desprecio". Estas percepciones negativas continúan hoy en día, con la etiqueta de "hipocondríaco" con connotaciones de "enfermedad imaginaria" o "simulador", e incluso, en estos tiempos de recursos limitados, un "enemigo del estado". Esta sección rastreará la trayectoria histórica desde la hipocondría a través de controversias en curso hasta el concepto moderno de ansiedad por la salud. (Pilowsky, 2016)

Hipocondría

Podría decirse que la historia de la hipocondría se remonta a la historia del pensamiento médico sobre la etiología de la angustia y el trastorno mental. La historia va desde las teorías del útero errante de los griegos,

hasta los vapores del bazo, los trastornos nerviosos, clasificación de la enfermedad y debate sobre la noción de locura. El propósito de esta revisión no es proporcionar una explicación detallada de estas teorías, sino mostrar cómo la historia ha informado y continúa contribuyendo al debate sobre la naturaleza de la hipocondría. (Berrios, 2017)

Los conceptos de histeria, somatización e hipocondría tienen una historia común y se describieron en los escritos egipcios y griegos como un número "desconcertante" de síntomas heterogéneos que surgen de un útero errante. Las teorías del útero errante de Galeno e Hipócrates sobrevivieron hasta los siglos XVII y XVIII cuando las teorías de la etiología comenzaron a pasar de una enfermedad corporal a una disfunción de los sistemas nervioso y emocional (Noyes, 2018).

Para el siglo XVII, las teorías uterinas de la histeria y la hipocondría habían sido reemplazadas y se consideraba que la hipocondría tenía orígenes neuropsicológicos y síntomas que podían confundirse con una enfermedad física. En esta etapa, la hipocondría y la histeria todavía se consideraban enfermedades físicas y no una forma de locura; aunque Burton, notó las similitudes entre la hipocondría y la melancolía (depresión). Describió la "melancolía hipocondríaca" como síntomas físicos vagos y señaló que algunos temen tener todas las enfermedades espantosas que ven que otros tienen, oyen o leen, y por lo tanto no se atreven a escuchar o leer sobre tales temas, no de la melancolía misma, no sea que se apliquen a sí mismos lo que escuchan o leen, deberían agravarlo y aumentarlo.

William Cullen planteó la hipótesis de que todas las enfermedades se originaban en el sistema nervioso y señaló que la histeria y la hipocondría se caracterizaban por depresión y ansiedad (Berrios, 2017). En el siglo XIX, la hipocondría se clasificó como locura y un trastorno de la función cerebral.

Las explicaciones para la hipocondría desarrolladas durante el siglo XIX fueron notablemente similares a las que se encuentran hoy. La hipocondría se consideraba de diversas formas, una forma de depresión (Berrios, 2017), ansiedad por la salud y un trastorno de la atención y el resultado de una atención persistente a las sensaciones corporales. Durante este período, la “sensibilidad mórbida de los nervios” y la “imaginación” se consideraron componentes cruciales de la hipocondría (Noyes, 2018).

Más tarde, Savage, escribió que la hipocondría estaba mal definida, probablemente existía en un continuo y estaba "nerviosa trastorno que varía desde una leve hipersensibilidad hasta la locura con delirios marcados y tendencias activamente suicidas”.

La historia de la hipocondría comenzó a cruzarse con la historia del psicoanálisis cuando Freud y Breuer publicaron su obra fundamental *Studies in Hysteria*, que dio explicaciones intrapsíquicas de la histeria, aunque curiosamente, no hipocondría (Lipsitt, 2016; Woolfolk & Allen 2017). Sin embargo, fue a partir de esta base que se desarrollaron las explicaciones psicodinámicas de la hipocondría, que se exploran con más detalle en el capítulo tres.

Durante la década de 1960 hubo un debate considerable sobre la naturaleza de la hipocondría. Pilowsky, ofreció una explicación muy influyente. Basándose en el concepto más amplio de comportamiento de enfermedad, Pilowsky propuso que la hipocondría debe considerarse un comportamiento de enfermedad anormal y desarrolló un marco fenomenológico para comprender la hipocondriasis. El concepto de Pilowsky de la conducta anormal de la enfermedad fue particularmente importante en el desarrollo de la comprensión contemporánea de la hipocondría y la somatización. La descripción de Pilowsky no solo intentó alejarse de las connotaciones negativas de la hipocondría, sino que también enfatizó la importancia de las percepciones corporales en la etiología del comportamiento anormal de la enfermedad.

Aunque la hipocondría ha sido parte del panorama de la angustia mental desde el siglo XIX, no fue hasta 1968 que la neurosis hipocondríaca se reconoció y definió formalmente en la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968). Esta definición se centró en la preocupación corporal y el miedo a tener una enfermedad e incluyó la persistencia de las creencias sobre la enfermedad a pesar de la tranquilidad médica. Durante las revisiones posteriores del DSM, la definición se ha perfeccionado para incluir una duración mínima de los síntomas y reglas restrictivas para el diagnóstico diferencial que excluyen la hipocondría que ocurre como parte de afecciones médicas y otros trastornos.

La formalización de los criterios de diagnóstico llevó a un mayor interés en los modelos que explican la hipocondría. Barsky y Klerman (2017) propusieron cuatro formas de conceptualizar la hipocondría

1) como un síndrome psiquiátrico compuesto por síntomas somáticos "funcionales", miedo a la enfermedad, preocupación corporal y la búsqueda persistente de atención médica, 2) psicodinámicamente, como un derivado de impulsos agresivos u orales o como una defensa contra la culpa o la baja autoestima, 3) como una amplificación perceptiva de las sensaciones corporales y su mala interpretación cognitiva, y 4) como una conducta de enfermedad aprendida socialmente.

Las teorías modernas de la hipocondría incluyen estas características psicodinámicas, interpersonales, de amplificación somática, conductuales cognitivas y biopsicosociales que a menudo son refinamientos de explicaciones históricas. Los modelos que enfatizan la amplificación y la atención a los síntomas corporales, por ejemplo, se parecen a las conceptualizaciones de von Feuchtersleben (2016) y Winslow, además, las explicaciones cognitivo-conductuales hacen eco de la sensibilidad nerviosa y las hipótesis de imaginación desordenada

del siglo XIX (Noyes, 2016). Como señaló Kenyon, la discusión contemporánea sobre la nosología y la etiología de la hipocondría no es nueva y; “Mucho de lo que se ha presentado como nuevo es a menudo, en realidad, solo ideas históricas más antiguas con nueva ropa”.

La hipocondría ha sido y sigue siendo controvertida y a continuación se hace una breve exploración de los debates actuales.

Controversias en el diagnóstico

Según los criterios del DSM-IV-TR (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2016), el diagnóstico de hipocondriasis requiere una preocupación y una mala interpretación de los síntomas corporales que conducen al temor a una enfermedad grave. Estos temores deben persistir durante seis meses o más, afectar gravemente la función y no ser delirantes. El Criterio B requiere que los temores persistan a pesar de una "evaluación médica adecuada y tranquilidad". Por último, no se permite un diagnóstico de hipocondría si los temores y la preocupación por la enfermedad se explican mejor por otro trastorno del estado de ánimo, ansiedad o somatomorfo.

Existe una extensa literatura que critica los criterios diagnósticos actuales para la hipocondría. Algunos sugieren que los criterios son imprecisos, por ejemplo, el criterio B no especifica qué constituye una garantía médica apropiada (Starcevic, 2018). Otros consideran que el diagnóstico diferencial que requiere la exclusión de una enfermedad médica es problemático y conduce a un subdiagnóstico, especialmente entre las poblaciones mayores que tienen más probabilidades de tener múltiples problemas de salud física. La ansiedad por la salud puede deberse a una enfermedad existente o ser parte de otros trastornos psiquiátricos, pero aun así causa una gran angustia. Ha habido una influyente escuela de pensamiento que ha visto la hipocondría como una forma de depresión, especialmente en personas mayores. Un debate

en curso es si la hipocondría y la ansiedad por la salud deben considerarse categóricas o dimensionales.

El DSM-IV -TR (APA, 2015) clasifica la hipocondría en los trastornos somatomorfos. Algunos escritores han sugerido que en futuras ediciones del DSM los trastornos somatomorfos deberían reformularse como “Factores psicológicos que afectan la condición médica” (Fava et al., 2016; Sirri, Fabbri, Fava y Sonino, 2017). Esta nueva categoría incluiría los trastornos somatomorfos y otras manifestaciones de ansiedad por la salud. Otros proponen que la hipocondría debería incluirse en la clasificación de los trastornos de ansiedad, debido a las fuertes similitudes fenomenológicas entre la hipocondriasis y muchos trastornos de ansiedad (Collimore et al., 2019). El alcance de esta revisión limita el análisis detallado de estos temas controvertidos. Sin embargo,

En lo que se ha descrito como publicaciones “históricas” (Rachman, 2017), Salkovskis y Warwick (1986; Warwick y Salkovskis, 2016) propusieron la expresión de ansiedad por la salud como una descripción más completa que la hipocondría. La descripción sugerida por estos autores reconoce similitudes con los trastornos de ansiedad y es más inclusiva de la ansiedad sobre la salud que ocurre junto con otras condiciones como la depresión y la ansiedad.

Ansiedad por la salud

Una definición cuidadosa de ansiedad por la salud tiene el potencial de reducir la inaceptabilidad de un diagnóstico de hipocondriasis y reconocer que los criterios de diagnóstico categóricos para la hipocondriasis pueden excluir a las personas con preocupaciones de salud debilitantes importantes. Además, esta definición reconocería que la preocupación y la ansiedad por la salud ocurren en otros trastornos clínicos y existen en un continuo desde lo adaptativo a lo inadaptado. Existen varias descripciones de la ansiedad por la salud en la literatura

y es importante desde el principio aclarar la definición utilizada a lo largo de esta tesis.

En algunos casos, la ansiedad por la salud es sinónimo de hipocondría. La ansiedad por la salud es a menudo la normalidad de un individuo y respuesta adaptativa a los cambios en el estado de salud y, en este contexto, la ansiedad por la salud es intercambiable con la preocupación por la enfermedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad por la salud describe un nivel no especificado de preocupación por la enfermedad o la mala salud, que disminuye cuando el individuo busca el consejo y la atención médica adecuados. Otros autores han sugerido una categoría diagnóstica de ansiedad por la salud para explicar la hipocondría subsindrómica o abreviada. En este caso, la ansiedad por la salud es un comportamiento de enfermedad anormal inespecífico que se vuelve desproporcionado con el nivel de amenaza, pero a diferencia de la hipocondría, responde a la tranquilidad médica.

En la literatura clínica, el término ansiedad por la salud comúnmente describe un continuo de comportamientos y cogniciones desde una leve preocupación por los síntomas corporales hasta pensamientos obsesivos y preocupación por la enfermedad. Alternativamente, la ansiedad por la salud representa un espectro de trastorno que abarca la ansiedad injustificada por la salud y la fobia a la enfermedad hasta la hipocondría y los delirios somáticos (Collimore et al., 2019; Noyes et al., 2018; Taylor & Asmundson, 2017). Ambas últimas caracterizaciones se hacen eco de la definición dada por Savage señalada anteriormente.

Somatización es otro término comúnmente encontrado en la literatura que a menudo es sinónimo de hipocondría y esto se explica brevemente a continuación.

Somatización

En la literatura, la "somatización" describe una forma de comportamiento anormal de enfermedad en la que la persona

experimenta múltiples síntomas médicamente inexplicables (Kirmayer y Looper, 2016; Woolfolk y Allen, 2017). Como se señaló anteriormente, la historia de la somatización está entrelazada con la histeria y la hipocondría y se puede rastrear hasta los escritos egipcios y griegos (Berrios, 2016; Woolfolk y Allen 2017). Los conocimientos actuales de la psicopatología de la somatización surgen del trabajo de Briquet (Woolfolk & Allen, 2017). En comparación con la hipocondría, existe una controversia sustancial sobre el diagnóstico de trastorno de somatización. Las nosologías contemporáneas diferencian hipocondría y somatización. La angustia en la somatización se debe a los síntomas en sí, mientras que en la hipocondría se debe a la interpretación de los síntomas. Sin embargo, se reconoce que pueden coexistir y que la ansiedad por la salud puede ser una característica común de ambos trastornos (Woolfolk y Allen, 2017). La somatización también es una característica de la depresión, la ansiedad y los síndromes somáticos funcionales como el síndrome del intestino irritable y la fatiga crónica. Si bien se excluye una revisión detallada, la discusión en los siguientes capítulos se basa en algunos de los

literatura sustancial sobre somatización y síndromes somáticos donde esta literatura se cruza con, o proporciona claridad a, aspectos de la ansiedad por la salud.

Definiciones

La hipocondría está mal definida en la literatura y se utilizan diferentes términos para describir fenómenos similares. A menudo, por ejemplo, hay poca claridad sobre si "hipocondría" se refiere a un trastorno diagnosticado o un espectro de malestar. Al discutir la literatura de investigación, la terminología utilizada en esta tesis generalmente refleja la utilizada en los informes originales. A continuación, se muestra un glosario de terminología que se encuentra en la revisión de la literatura y la definición de ansiedad por la salud adoptada para el presente estudio. La definición de ansiedad por la salud adoptada para el presente estudio es la propuesta dentro del paradigma cognitivo

conductual. Esta definición explica la ansiedad por la salud como un continuo desde una preocupación leve por los síntomas y la salud hasta una preocupación por una enfermedad que tiene efectos significativos en el bienestar de un individuo, lo que puede ocurrir con otros trastornos y / o enfermedades médicas. La ansiedad severa por la salud puede justificar un diagnóstico de hipocondría.

Epidemiología

La epidemiología de un trastorno muestra el curso, la progresión y el impacto social de un síndrome (Asmundson et al., 2018). La información precisa de las encuestas de población depende de las formas en que se operacionalizan y miden los trastornos mentales. Como se señaló en la sección anterior, la ansiedad por la salud no tiene una definición universalmente aceptada. En consecuencia, no hay datos precisos sobre la prevalencia de la ansiedad por la salud per se, sin embargo, hay estudios de constructos relacionados; hipocondría, preocupación por enfermedades y somatización. En esta sección se analiza primero la prevalencia de hipocondría en la población general y luego se examina la influencia de diferentes criterios de diagnóstico y la posible prevalencia de la ansiedad por la salud. Después de esto, se examina la literatura de prevalencia pertinente a los adultos mayores.

Hipocondría

Es habitual que los trastornos somatomorfos se incluyan como una categoría única o (más comúnmente) se excluyan por completo en las encuestas comunitarias. Te Rau Hinengaro: La Encuesta de Salud Mental de Nueva Zelanda (Oakley Brown, Wells & Scott, 2016), por ejemplo, no incluyó ninguno de los trastornos somatomorfos en la encuesta. Una razón probable de esto es que la operacionalización del concepto de hipocondría es algo problemática (Noyes, 2017). Noyes señaló que las nosologías actuales de la hipocondría conllevan una serie de reglas de exclusión que requieren que otros trastornos mentales

como la ansiedad o la depresión tengan prioridad y que las preocupaciones de salud agudas no se explican por condiciones médicas. Estos criterios son particularmente difíciles de cumplir en las encuestas de población, ya que implican que los investigadores deben acceder a opiniones o registros médicos para verificar el diagnóstico, lo que puede no ser factible en la práctica. Además, estas exclusiones pueden llevar a una subestimación de la prevalencia, especialmente en los adultos mayores. Los participantes mayores a menudo experimentan múltiples problemas médicos y toman medicamentos con efectos secundarios que imitan la ansiedad (Wijeratne et al., 2018). Estos factores conducen a dificultades prácticas para determinar la diferencia entre síntomas explicados médicamente e inexplicables, lo que a su vez conduce a Los participantes mayores a menudo experimentan múltiples problemas médicos y toman medicamentos con efectos secundarios que imitan la ansiedad (Wijeratne et al., 2018). Estos factores conducen a dificultades prácticas para determinar la diferencia entre síntomas explicados médicamente e inexplicables, lo que a su vez conduce a Los participantes mayores a menudo experimentan múltiples problemas médicos y toman medicamentos con efectos secundarios que imitan la ansiedad (Wijeratne et al., 2018). Estos factores conducen a dificultades prácticas para determinar la diferencia entre síntomas explicados médicamente e inexplicables, lo que a su vez conduce a exclusión del diagnóstico a pesar de que pueden experimentar una ansiedad de salud significativa (Wijeratne, et al., 2018).

Una segunda dificultad para comparar datos de encuestas poblacionales de hipocondría es la variabilidad en la metodología. Algunas encuestas utilizan medidas de autoinforme, otras utilizan entrevistas semiestructuradas realizadas por entrevistadores no profesionales capacitados o personal médico capacitado. También hay variabilidad en los tipos de población encuestada en los que se reclutan los participantes; clínicas psiquiátricas, pacientes ambulatorios, centros de atención primaria o la comunidad en general. Estas condiciones han dado lugar a estimaciones muy variables de la prevalencia de

hipocondría y otros trastornos somatomorfos. Cuando se encuesta a pacientes en entornos psiquiátricos y médicos, la prevalencia de hipocondría es, como era de esperar, bastante alta. Por ejemplo, en una muestra de 76 pacientes médicos ambulatorios elegidos al azar, la prevalencia de hipocondría a los 6 meses fue del 4,2% al 6,3% (Barsky, Wyshak, Klerman y Latham, 2016). Otro estudio de 183 pacientes que presentaban síntomas médicamente inexplicables en una clínica ambulatoria, encontró una prevalencia puntual de hipocondría de hasta un 19% (Speckens, VanHemert, Spinhoven y Bolk, 2016).

Los pacientes con alta ansiedad por la salud a menudo se presentan primero en la atención primaria y los estudios a menudo se realizan en este contexto (Kirmayer y Looper, 2017). Creed y Barsky (2016) realizaron una extensa revisión de estudios en atención primaria y la comunidad. Estos autores informaron siete estudios en atención primaria con un rango de prevalencia de hipocondría del 0,8% al 6,3%. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 14 países utilizando los criterios de la 10a revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, encontró que la hipocondría es "sorprendentemente poco común" con una prevalencia del 0,8%. Este estudio fue metodológicamente riguroso, ya que incluyó pruebas de detección por parte de los médicos para la salud física y psicológica utilizando la Entrevista de diagnóstico internacional compuesta de la OMS (CIDI) y los criterios de la CIE-10.

De mayor relevancia para el presente estudio, son los estudios de prevalencia realizados entre poblaciones comunitarias. La revisión de Creed y Barsky (2015), encontró solo cuatro estudios que midieron la hipocondría en la población general. Estos estudios mostraron tasas muy variables de hipocondría en la comunidad, con una prevalencia que oscilaba entre el 0,02% y el 7,7%. Dos estudios más recientes realizados en Alemania, y utilizando los criterios del DSM-IV, encontraron una prevalencia muy baja de hipocondría del 0,4% (Bleichhardt y Hiller, 2017) y del 0,05% (A. Martin y Jacobi, 2016).

El estudio comunitario más significativo desde el punto de vista metodológico hasta la fecha fue realizado por Faravelli y sus colegas en Florencia, Italia. En esta investigación, se seleccionó una población representativa y se realizó el diagnóstico de trastornos somatomorfos utilizando historias clínicas por médicos de cabecera (GP) con formación psiquiátrica. Cuando hubo desacuerdos o se requirió una aclaración, el médico de cabecera entrevistó al individuo. De los 673 encuestados, 136 (20%) cumplían los criterios de trastornos somatomorfos del DSM-III. Los investigadores informaron una prevalencia de un año de hipocondría del 4,5% y un trastorno de somatización del 0,7%.

Ansiedad por la salud

Como se señaló anteriormente, las estimaciones de prevalencia están influenciadas por criterios de diagnóstico. Las complicaciones planteadas por las reglas excluyentes de varias nosologías diagnósticas fueron ilustradas por Bach, Nutzinger y Hartl (2016) cuando examinaron los efectos de las reglas jerárquicas en tres sistemas de diagnóstico (DSM-III, DSM-III-R e ICD-10). Al igual que en el DSM-IV (APA, 2000), los criterios del DSM-III, excluían un diagnóstico de hipocondría si la afección se debía a cualquier otro trastorno mental; El DSM-III-R (Asociación Americana de Psiquiatría) y la ICD-10 (OMS) no tenían esta regla jerárquica. En la población de estudio de 82 pacientes psiquiátricos, más del 50% de los participantes calificaron para un diagnóstico de hipocondría según los criterios del DSM-III-R o ICD-10. En marcado contraste, solo el 14,6% calificó según los criterios del DSM-III. Las diferencias en las tasas de diagnóstico se debieron en gran parte a los individuos excluidos debido a la presencia de un trastorno de ansiedad. Las limitaciones de los criterios de diagnóstico fueron ilustradas además por un estudio italiano de pacientes de atención primaria que informaron una prevalencia de trastornos somatomorfos subsindrómicos del 65,9%, aunque la prevalencia de

hipocondría fue sólo del 1,6% (Altamura, Carta, Tacchini, Musazzi y Pioli, 2018). Los estudios centrados en la hipocondría encontraron resultados similares. El estudio de la OMS en atención primaria encontró que, si se eliminaban los criterios de “negativa a aceptar garantías médicas”, la prevalencia de esta “hipocondría abreviada” era del 2,2%, en comparación con el 0,8% para el diagnóstico completo (Gureje, et al., 2017).

Estudios recientes con pacientes médicos y de atención primaria han confirmado que medir la ansiedad por la salud significativa en lugar de las hipocondrías per se aumenta en gran medida las estimaciones de ocurrencia. Para ilustrarlo, un estudio británico de 28.991 pacientes de hospitales generales que asistían a clínicas de cardiología, respiratorias, neurológicas, endocrinas y gastrointestinales en seis hospitales, encontró que entre el 19 y el 25% de estos pacientes informaron una ansiedad significativa por su salud (Tyrrer et al., 2016). En atención primaria, un estudio australiano encontró que el 18,5% de los 10.507 pacientes encuestados cumplían los criterios del estudio como "somatizadores", que se definieron como una combinación de puntuaciones de síntomas somáticos junto con altos niveles de ideación hipocondríaca (Clarke, Piterman, Byrne y Austin, 2018).

Las encuestas comunitarias diseñadas para investigar la prevalencia de enfermedades preocupantes o constructos similares también encuentran un marcado aumento en el porcentaje de la población afectada. Se ha descubierto que la incidencia de la preocupación por la enfermedad varía desde una prevalencia del 6,2% (Looper y Kirmayer, 2016) al 13,1% (Noyes, Carney, Hillis, Jones y Langbehn, 2016). Al comparar estas cifras con los porcentajes extremadamente bajos de participantes que cumplen con todos los criterios para la hipocondría señalados anteriormente, esto representa una carga potencialmente grande de angustia subdiagnosticada y no tratada en la comunidad.

Hipocondriasis y ansiedad por la salud en adultos mayores

Parece haber pocos estudios que se dirijan específicamente a la hipocondriasis y la ansiedad por la salud entre las poblaciones mayores. La mayoría de los estudios epidemiológicos informados anteriormente han sido transversales, por lo tanto, aunque algunos estudios informaron que la preocupación por la enfermedad aumenta con la edad, esto no ha sido confirmado por estudios longitudinales. estudios (Snyder y Stanley, 2018). Por el contrario, una revisión de los estudios de somatización (que incluyeron hipocondría) entre 1965 y 1999 encontró que no había un aumento en la somatización con la edad (Sheehan y Banerjee, 2016), pero los autores señalaron que esta conclusión solo podía ser tentativa debido a las deficiencias en la metodología y el diagnóstico señaladas anteriormente. En particular, una revisión más reciente llegó a conclusiones similares (Schneider & Heuft, 2017).

Dos estudios de población han medido la prevalencia de hipocondría entre los adultos mayores, utilizando la Entrevista del estado mental geriátrico (GMS, Copeland et al., 2016). El primero se llevó a cabo entre adultos mayores de 65 años en Zaragoza, España y Liverpool, Inglaterra. Se encontró que la hipocondría es “rara” en ambos lugares y ocurre en 1.1% y 1.8% respectivamente (Saz, Copeland, Camara, Lobo y Dewey, 2015). Un estudio más reciente realizado en los Emiratos Árabes Unidos, encontró una prevalencia del 4,4% en una población mayor con una edad promedio de 68,6 años. Sin embargo, es probable que estas tasas de prevalencia estén subestimadas debido a criterios restrictivos para el diagnóstico de hipocondría en la jerarquía de GMS (Sheehan y Banerjee, 2019).

Como se encontró para los adultos más jóvenes, parece que a nivel de 'diagnóstico', la prevalencia es baja, sin embargo, a nivel de 'síndrome' o síntoma, la prevalencia probable es mucho mayor. The Berlin Aging Study (un estudio multidisciplinario de adultos de 70 a 100 años que viven en la comunidad) mostró que la hipocondría del DSM-III “no se

encontró”, sin embargo, “se observaron síntomas típicos en cada segundo participante”. Del mismo modo, un estudio español de pacientes de atención primaria con edades comprendidas entre 66 y 101 años informó de “ideas hipocondríacas” en el 7,2% de los participantes (Olivera et al., 2018).

En resumen, la evidencia epidemiológica limitada indica que, al igual que en los adultos más jóvenes, la hipocondría en la edad adulta mayor tiene una prevalencia baja. Los criterios de diagnóstico que no tienen en cuenta las condiciones particulares del envejecimiento, como una mayor probabilidad de enfermedad física, probablemente signifiquen que se subestiman. Cuando los criterios de diagnóstico se relajan, la ansiedad por la salud parece aumentar con la edad y es muy prevalente.

Ansiedad por la salud en otras condiciones

Algunas de estas diferencias en la prevalencia señaladas anteriormente, pueden deberse a la ansiedad por la salud que ocurre como parte de otras afecciones que están específicamente excluidas del diagnóstico de hipocondría, como otros trastornos somatomorfos, afecciones médicas, ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

La ansiedad por la salud es una característica de los trastornos somatomorfos, el dolor crónico y los síndromes somáticos funcionales. Existe una superposición considerable entre los síndromes somáticos y la hipocondría, y aunque el diagnóstico de comorbilidad es raro, la hipocondría con síntomas somáticos o creencias hipocondríacas en los síndromes somáticos no lo es (Creed y Barsky, 2016; Woolfolk y Allen, 2017). El síndrome del intestino irritable, por ejemplo, está relacionado con el comportamiento anormal de la enfermedad y las ideas hipocondríacas (Gomborone, Dewsnap, Libby y Farthing, 2016). Existe una investigación limitada sobre las relaciones entre el dolor y la ansiedad por la salud.

El dolor crónico se asocia con un comportamiento anormal de la enfermedad (Pilowsky y Spence, 2016) y altos niveles de ansiedad por la salud (Rode, Salkovskis, Dowd y Hanna, 2016), pero igualmente, puede no estar relacionado con la gravedad de la ansiedad por la salud (H. Hadjistavropoulos, Owens, Hadjistavropoulos y Asmundson, 2017).

Se reconoce que la ansiedad por la salud puede ocurrir como parte de una enfermedad física. En la población general, la angustia mental y las enfermedades crónicas son con frecuencia mórbidas y los estudios epidemiológicos han demostrado sistemáticamente que la preocupación por la enfermedad es elevada en aquellos con afecciones médicas. En particular, Looper y Kirmayer (2017) y Noyes y colegas (2018) informaron que la mitad de los participantes que informaron estar preocupados por la enfermedad, también informaron una afección médica. Los estudios han encontrado asociaciones entre la ansiedad por la salud elevada y afecciones específicas que ocurren con mayor frecuencia con el aumento de la edad, como el cáncer (H. Hadjistavropoulos et al., 2017; Noyes et al., 2016), la esclerosis múltiple y enfermedad cardíaca (Ratcliffe, MacLeod y Sensky, 2016). Más importante aún, la ansiedad por la salud y la enfermedad física comórbidas contribuyen a niveles más altos de deterioro que la enfermedad física sola.

La ansiedad por la salud, la somatización y la hipocondría son características de la depresión y la ansiedad (Noyes, 2017). Los primeros estudios concluyeron que las preocupaciones hipocondríacas no solían estar separadas de la depresión y que la ansiedad por la salud y las quejas somáticas eran características de la depresión "enmascarada". Revisiones más recientes de Noyes y Leib y colaboradores (2017) concluyeron que la hipocondría con frecuencia es comórbida con depresión, pero más comúnmente comórbida con trastornos de ansiedad.

La ansiedad por la salud es con frecuencia una característica de los trastornos de ansiedad como el pánico, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la fobia específica. El trastorno de pánico y la hipocondría tienen una fenomenología similar y comúnmente son comórbidos, Barsky y colaboradores (2016), por ejemplo, estimaron que el 25% de los pacientes con pánico en su estudio presentaban síntomas de ansiedad por la salud. La preocupación es una característica cardinal del TAG y la preocupación por la salud es una característica frecuente, especialmente con el aumento de la edad. Las obsesiones y compulsiones por la salud también se observan regularmente en el TOC. Todas las condiciones anteriores representan ansiedad por la salud en la población general que no se reconoce dentro de las nosologías actuales.

Factores de riesgo demográfico

La ansiedad por la salud, la hipocondría y la somatización ocurren en todas las culturas, pero se manifiestan de formas culturalmente específicas. La relación entre la ansiedad por la salud y otros factores demográficos no está clara. Si bien la somatización se asocia con el género femenino, la educación y los ingresos bajos, la raza no blanca y la edad joven (Noyes, 2016), Creed y Barsky (2017) no observaron una relación sistemática con ningún indicador demográfico en la hipocondría. Los estudios comunitarios han informado de género femenino y baja la educación tiene asociaciones pequeñas pero significativas con la ansiedad por la salud, mientras que el género no se asoció con hipocondría o hipocondriasis subsindrómica en el estudio de la OMS. Aunque, como se señaló anteriormente, las enfermedades médicas pueden contribuir a la ansiedad por la salud, otros no han encontrado correlación entre la morbilidad médica y un diagnóstico de hipocondría. La evidencia de una asociación entre la edad y la ansiedad por la salud es ambigua. Si bien la edad y la hipocondría tienen

correlaciones insignificantes, algunos estudios epidemiológicos indican un aumento de la ansiedad por la salud con la edad.

Consecuencias de la ansiedad por la salud

La ansiedad por la salud puede ser crónica y tener consecuencias debilitantes. Un estudio longitudinal reciente de pacientes daneses de atención primaria encontró que incluso después de controlar la enfermedad física, la ansiedad por la salud persistió durante los dos años del estudio y predijo resultados desfavorables, como altas visitas al médico y costos de atención médica (Fink, Ornbol y Christensen, 2017). Esto es consistente con estudios transversales anteriores que muestran que la ansiedad por la salud es persistente y que los individuos somatizantes y ansiosos por la salud incurren en el doble de costos de atención médica que los demás. La ansiedad por la salud se asocia con resultados deficientes, como altos niveles de discapacidad, angustia y utilización médica. Otros resultados negativos incluyen mayores niveles de discapacidad laboral y muerte por enfermedad cardíaca. Gureje y sus colegas encontraron que la hipocondría afectaba negativamente la salud subjetiva, la discapacidad y la utilización de la atención médica, y estos efectos persistieron independientemente de los criterios de diagnóstico. De manera similar, los estudios sobre la preocupación por la enfermedad encontraron efectos negativos sobre la función y el estado de salud, independientemente de la enfermedad física y estos efectos persistieron independientemente de los criterios de diagnóstico. De manera similar, los estudios sobre la preocupación por la enfermedad encontraron efectos negativos sobre la función y el estado de salud, independientemente de la enfermedad física y estos efectos persistieron independientemente de los criterios de diagnóstico. De manera similar, los estudios sobre la preocupación por la enfermedad encontraron efectos negativos sobre la función y el estado de salud, independientemente de la enfermedad física.

La hipocondría y la ansiedad por la salud se encuentran en el nexo de las disciplinas de la psiquiatría, la psicología de la salud y la psicología clínica. En consecuencia, las explicaciones teóricas se encuentran en la literatura de estas disciplinas. Esta revisión primero introduce brevemente el concepto de “conducta de enfermedad” y luego aborda las explicaciones que se encuentran en la psicología de la salud y la psicología clínica y la literatura psiquiátrica, con especial énfasis en las teorías cognitivas.

La sección final examina brevemente el apoyo empírico para las explicaciones cognitivas de la ansiedad por la salud, con especial énfasis en las variables de percepción corporal.

Comportamiento de enfermedad

Cuando una persona experimenta problemas de salud, los comportamientos ocurren en un continuo desde la negación, pasando por la búsqueda de ayuda adaptativa, hasta la preocupación excesiva por el bienestar.

Partiendo del trabajo de Parsons sobre la conceptualización social del “rol de enfermo”, propusieron el constructor de “comportamiento de enfermedad” para describir la percepción y evaluación de síntomas de mala salud y el comportamiento consiguiente.

Hay muchas influencias en este comportamiento, incluidos factores médicos, psicológicos, demográficos, sociales y económicos, todos los cuales han sido objeto de una extensa literatura.

Aunque una discusión detallada de estos temas está más allá del alcance de esta tesis, la noción de conducta de enfermedad ha demostrado ser una base útil en las conceptualizaciones de la ansiedad por la salud.

Modelos de Psicología de la Salud

La disciplina de Psicología de la Salud examina el amplio tema de la conducta de salud y enfermedad. La literatura sobre psicología de la salud es un punto de partida útil en esta discusión, ya que se ha llevado a cabo un extenso trabajo sobre las influencias cognitivas y perceptivas sobre la conciencia de los síntomas

Modelo de creencias en salud

La relación entre actitudes, creencias y comportamiento ha sido ampliamente estudiada en psicología social y de la salud y se han desarrollado modelos para explicar el comportamiento de salud (Lyons & Chamberlain, 2016). Rosenstock propuso por primera vez el "Modelo de creencias sobre la salud" para explicar los comportamientos de protección de la salud, específicamente, para estudiar las influencias sobre el cumplimiento o el incumplimiento de las recomendaciones médicas. Aunque esta formulación teórica se centró inicialmente en el comportamiento de salud o la prevención de enfermedades, Rosenstock sugirió que el modelo podría tener utilidad para explicar el comportamiento de enfermedad. Este modelo planteó la hipótesis de que el comportamiento es una función de las percepciones (es decir, creencias) sobre la gravedad y la susceptibilidad a la enfermedad y la eficacia de la atención. Una revisión posterior de Becker y Maiman, sugirió que, además de estas creencias sobre la salud, deberían incluirse en el modelo otros factores psicológicos, incluidos los costos financieros y de otro tipo, la relación médico-paciente y las influencias sociales. A partir de este trabajo se desarrolló un modelo revisado de creencias sobre la salud que se ha utilizado ampliamente en psicología de la salud (Lyons y Chamberlain, 2016).

Este modelo explica la ansiedad por la salud como una exageración de las evaluaciones de gravedad, amenaza y susceptibilidad a la enfermedad, lo que conduce a una mayor probabilidad de buscar ayuda para aliviar las preocupaciones. A partir de este trabajo se desarrolló un

modelo revisado de creencias sobre la salud que se ha utilizado ampliamente en psicología de la salud (Lyons y Chamberlain, 2016). Este modelo explica la ansiedad por la salud como una exageración de las evaluaciones de gravedad, amenaza y susceptibilidad a la enfermedad, lo que conduce a una mayor probabilidad de buscar ayuda para aliviar las preocupaciones. A partir de este trabajo se desarrolló un modelo revisado de creencias sobre la salud que se ha utilizado ampliamente en psicología de la salud (Lyons y Chamberlain, 2016). Este modelo explica la ansiedad por la salud como una exageración de las evaluaciones de gravedad, amenaza y susceptibilidad a la enfermedad, lo que conduce a una mayor probabilidad de buscar ayuda para aliviar las preocupaciones.

Modelo de percepción de síntomas

La percepción de los síntomas es adaptativa y protectora, ya que sin ella el individuo no actuaría para cuidarse a sí mismo ante una posible mala salud (Lyons & Chamberlain, 2016). La percepción de los síntomas está influenciada por factores individuales estables y transitorios junto con influencias sociales (Lyons & Chamberlain, 2016). Los factores estables incluyen rasgos de personalidad tales como afecto negativo / neuroticismo que están relacionados con la percepción de síntomas independientemente del estado de salud objetivo. Los factores transitorios que afectan la percepción de los síntomas son el estado de ánimo, la atención, las expectativas, la cognición y el estrés (Lyons y Chamberlain, 2016). Amplios estudios sobre la psicología de los síntomas concluyeron que la atención selectiva a los estados corporales aumenta la conciencia de los síntomas, pero no la precisión de la interpretación. Además, los procesos cognitivos y perceptivos fueron cruciales en el reconocimiento y la experiencia de los síntomas. Los factores sociales como el género, la edad, la educación, la clase social y la cultura también influyen en la experiencia y la notificación de los síntomas; por ejemplo, las mujeres informan más síntomas que los hombres (Lyons & Chamberlain, 2016). La edad es un determinante

importante del comportamiento de la enfermedad, y es más probable que los adultos mayores, para atribuir los síntomas a la vejez más que a la enfermedad física.

La percepción de los síntomas es, por tanto, una función de la atención y las valoraciones cognitivas, que a su vez influyen en la notificación de los síntomas. Este modelo de percepción de síntomas explica la ansiedad por la salud como una sobre percepción o hipervigilancia a estados corporales que tiene una relación recíproca con el rasgo de afectividad negativa. A su vez, esta hipervigilancia conduce a un ciclo de sobre informe de los síntomas y una mayor hipervigilancia a los síntomas que culmina en la identificación del individuo como "hipocondríaco".

Modelo de sentido común

El modelo de sentido común del comportamiento de la enfermedad explica la percepción de síntomas como parte del comportamiento autorregulador. El individuo desarrolla una teoría ingenua o de sentido común sobre el significado de los síntomas y signos de la enfermedad, y estas creencias y emociones asociadas determinan el comportamiento. Además de las variables asociadas con la percepción de síntomas, la conducta está influenciada por representaciones cognitivas o reglas tácitas sobre la enfermedad. Estas heurísticas frecuentemente útiles, a veces conducen a informes insuficientes o excesivos y a un comportamiento inadecuado de búsqueda de salud.

Más importante para el presente estudio, el modelo de sentido común es un modelo cognitivo del comportamiento de la enfermedad (Leventhal, Leventhal y Breland, 2016) y se ha utilizado para explicar la ansiedad / hipocondría por la salud. En este modelo, la ansiedad por la salud probablemente surge de heurísticas defectuosas sobre el significado de los síntomas (por ejemplo, la "regla de patología", es decir, todos y cada uno de los síntomas significan enfermedad). Estas percepciones erróneas conducen a errores de juicio, ansiedad por la

salud y, por lo tanto, comportamientos problemáticos, como la búsqueda frecuente de ayuda y la resistencia a la tranquilidad. En este marco, examinar y reemplazar estas reglas defectuosas con representaciones más precisas conduciría a aliviar la ansiedad por la salud.

Aunque los modelos de creencias de salud, percepción de síntomas y sentido común explican el comportamiento de la enfermedad en términos cognitivos y tienen utilidad para explicar el comportamiento de salud y enfermedad que está fuera de la norma, no son específicos de la ansiedad por la salud.

La discusión ahora aborda teorías y modelos de hipocondría y ansiedad por la salud de la literatura clínica. Primero, se discuten brevemente las explicaciones psicodinámicas e interpersonales, luego se examina el influyente trabajo de Pilowsky. Las secciones finales explican los modelos cognitivo conductuales que forman la base teórica de la investigación actual.

Modelos de Psicología Clínica y Psiquiatría

Explicaciones psicodinámicas

Un examen de los modelos teóricos de la ansiedad por la salud estaría incompleto sin reconocer el trabajo de Freud y su profunda influencia en la comprensión del comportamiento humano (Lipsitt, 2016). El interés principal de Freud fue el estudio de la histeria y dejó la explicación del “enigma” de la hipocondría a otros (Lipsitt, 2016). Sin embargo, inevitablemente, las explicaciones psicodinámicas de la hipocondriasis se basan en su trabajo para explicar la conectividad entre la mente, el cuerpo y las circunstancias sociales que resulta en la "enfermedad desconcertante" de la hipocondría (Lipsitt, 2016).

La teoría psicoanalítica asume que las dificultades experimentadas por el individuo durante la infancia dan forma a la formación de la identidad

(Lipsitt, 2016). Como comenta Lipsitt, en términos psicoanalíticos, la hipocondría se debe a una crianza inadecuada, privación o separación, lo que lleva a la represión de la ambivalencia hacia el padre, de ahí la culpa que puede expresarse como quejas corporales. La represión de la culpa de esta manera también reduce el afecto negativo, lo que hace que la persona hipocondríaca no esté dispuesta a renunciar a sus síntomas.

Aunque el estudio actual se centra en las explicaciones cognitivas de la ansiedad por la salud, las formulaciones psicodinámicas de la hipocondría estuvieron entre las primeras en proporcionar una explicación intrapsíquica de la conducta. Además, las explicaciones psicoanalíticas y psicodinámicas destacan la “autoabsorción en el cuerpo” como una característica destacada de la hipocondría (Lipsitt, 2001, p. 187), que es una característica central de las explicaciones cognitivas. El concepto de Freud de los efectos de las alteraciones en la infancia que conducen a un sufrimiento mental posterior también sustenta muchos modelos contemporáneos de ansiedad por la salud.

Teoría interpersonal

Aplicando las teorías del apego a la somatización y la hipocondría, Stuart y Noyes, propusieron un modelo interpersonal de somatización e hipocondriasis. Estos investigadores sugirieron que el apego temprano interrumpido conduce a relaciones personales ineficaces y dificultades para expresar emociones. El individuo luego compensa esto obteniendo apoyo emocional de otros a través de sus ansiedades de salud. Sin embargo, la búsqueda persistente de tranquilidad conduce a interrupciones en las relaciones que, paradójicamente, exacerban su comportamiento de búsqueda de cuidados.

Esta búsqueda de cuidados desadaptativos da como resultado una espiral de relaciones interpersonales disfuncionales que refuerzan y mantienen las ansiedades por la salud.

Este modelo interpersonal se ha integrado con conceptualizaciones cognitivas, que incluye características cognitivas, afectivas, conductuales (interpersonales) y perceptivas de la ansiedad por la salud. Sin embargo, hallazgos recientes indican que las características cognitivas y afectivas pueden ser más importantes para la ansiedad por la salud que los factores interpersonales.

Comportamiento anormal de enfermedad

Pilowsky, basándose en el concepto de conducta de enfermedad (Mechanic y Volkart, 2016), introdujo el término "conducta de enfermedad anormal" para proporcionar una explicación completa de la somatización, la hipocondría y la histeria. Pilowsky describió el comportamiento anormal de la enfermedad como un modo inadecuado o desadaptativo de experimentar, evaluar o actuar en relación con el propio estado de salud, que persiste a pesar de que un médico (u otro agente social reconocido) ha ofrecido información precisa y razonablemente lúcida sobre el estado de salud de la persona y el curso apropiado de manejo (si lo hay), con la provisión de oportunidades adecuadas para la discusión, aclaración y negociación, basado en un examen completo de todos los parámetros de funcionamiento (físico, psicológico y social) teniendo en cuenta la edad educativa y socio-social del individuo. antecedentes culturales.

La explicación de Pilowsky de la hipocondría se basó en cuatro criterios fenomenológicos; conciencia incómoda de los eventos corporales la mayor parte del tiempo, temores de salud, resistencia a la tranquilidad de los médicos y falta de reconocimiento de que los factores psicosociales pueden ser relevantes para la afección. Pilowsky propuso que la sensibilidad al "ruido" corporal era probablemente una predisposición biológica exacerbada por la experiencia de la niñez.

El afecto y el contexto, junto con las creencias sobre las funciones corporales, fueron importantes mediadores de la conciencia y las percepciones de la peligrosidad del ruido corporal. Pilowsky también

reconoció las influencias de los factores psicodinámicos y las fuerzas sociales en la génesis de la hipocondría.

Utilizando observaciones clínicas, Pilowsky, propuso tres dimensiones de hipocondría; preocupación corporal, fobia a la enfermedad y convicción de enfermedad acompañada de resistencia a la tranquilidad del médico. A partir de este trabajo, Pilowsky desarrolló el Índice de Whitley como una medida de autoinforme de hipocondría.

La conceptualización de Pilowsky de la hipocondría es muy influyente y continúa dando forma a la investigación y la práctica clínica actuales. El WI, por ejemplo, se utiliza con frecuencia en la práctica clínica y la validez de los componentes de la fobia a la enfermedad y la convicción de la enfermedad de la hipocondría son objeto de investigaciones en curso (p. Ej., Fergus y Valentiner, 2018). Más importante para el estudio actual, Pilowsky explicó el rango de comportamiento anormal de la enfermedad como un trastorno de la percepción corporal, que es un precepto central de las explicaciones cognitivas actuales.

La explicación de Pilowsky fue también un ejemplo temprano de una teoría biopsicosocial de la enfermedad que posteriormente adoptó Engel en la literatura psiquiátrica. La psicología adoptó las explicaciones biopsicosociales como una heurística útil para explicar la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que conducen a la psicopatología. Más recientemente, Abramowitz y Braddock (2018) han actualizado el marco de Pilowsky para comprender la ansiedad por la salud y la hipocondría. Estos autores no solo incorporan los supuestos del modelo cognitivo conductual, sino que también incluyen constructos de la literatura sobre ansiedad como sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y vigilancia corporal para explicar la aparición y mantenimiento de la ansiedad por la salud.

Como se señaló en las explicaciones de la psicología de la salud, la cognición tiene un papel importante en la explicación de la ansiedad por la salud y la hipocondría. La discusión pasa ahora a las explicaciones cognitivas de la hipocondriasis y la ansiedad por la salud de la literatura clínica.

3.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

- Los factores demográficos
- La función física
- La angustia
- El modelo cognitivo conductual
- Vigilancia corporal

IV. METODOLOGIA

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El estudio se realizó basándose en el tipo de investigación diseño no experimental, ya que las variables que se plantearon no se llegaron a manipularse, motivo por el mismo es que se obtuvieron tal como sale en el registro.

Tipo transversal, debido a que se realizó durante el periodo 2019, y retrospectivo debido a que el estudio que se obtuvo fue de forma retrogrado.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Nuestro estudio se llegó a realizar con la entrevista a los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico san francisco de asís – Cusco, tal como lo es la ficha de recolección de datos, el mismo que fue calificado por 3 expertos en la materia, se llegó a recolectar la fuente necesaria para la ejecución de nuestro trabajo.

4.3 OPERALIZACION DE VARIABLES

Definición operacional de las variables

- Los factores demográficos no predecirán significativamente la ansiedad por la salud en ninguna de las cohortes.
- La función física, pero no la morbilidad médica, predecirá la ansiedad por la salud en los adultos mayores.
- La angustia actual (es decir, ansiedad y depresión) predecirá la ansiedad por la salud en ambas cohortes.
- De acuerdo con el modelo cognitivo conductual, después de controlar las variables demográficas, de salud física y de angustia actual, la sensibilidad a la ansiedad, la vigilancia corporal y la amplificación somato sensorial predecirán la ansiedad por la salud para ambos grupos.
- La vigilancia corporal será un predictor más fuerte de la ansiedad por la salud en los adultos mayores que en los adultos más jóvenes.

4.4 HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICAS

HIPOTESIS GENERAL

Existen las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

- Existen los puntajes de ansiedad por la salud son significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.
- Existen los puntajes sensibilidad a la ansiedad son significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.
- Existen los puntajes de vigilancia corporal son significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

4.5 POBLACION – MUESTRA

POBLACIÓN

Adultos mayores que son atendidos en el centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019, siendo un total de 76 pacientes.

MUESTRA

Se llegó a contar con la ayuda de la fórmula de poblaciones finitas, la misma cumple con todos los parámetros para la elaboración de nuestra tesis.

La terminología utilizada es:

n: El valor final de la muestra que debe estudiar.

Z²: valor fijo de 1.96 (relacionado con un CC de 0.95).

pe : 0.5 (P(ocurrencia)).

qe : 0.5 (P(no ocurrencia)).

E² : 0.05 (P(error))

N : 76 (Universo poblacional)

Utilizando las fórmulas:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 1.536 > 0.10$$

N

Donde el valor relevante es

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{76}}$$

Se contó con la participación de 63 adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS: VALIDACION Y CONFIABILIDAD

Técnicas de recolección de datos

Nuestro estudio de investigación es el de la intervención, el mismo que nos ayudara a determinar las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.

Validez y confiabilidad

La validez del instrumento de medición, el valor que nos va a indicar en el instrumento que se está midiendo. En congruencia entre el instrumento de la medida con la propiedad medible, se entendió cuando el instrumento es válido, cuando va a medir el indicador, propiedad o

atributo, considerando el nivel de seguridad para la obtención de resultados de forma equivalentes y relacionados con la recolección de datos que se obtengan durante su proceso.

4.7 RECOLECCION DE DATOS

Se contará con una encuesta elaborada por mi persona la cual fue validada por los expertos relacionados con el tema de investigación, a su vez este instrumento nos ayudara a la recolección de información.

4.8 TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Los datos que se obtuvieron fueron procesados por el programa SPSS V 23.0 donde se llegaron a obtener las tablas y estadísticos de forma correlativa. A su vez los resultados obtenidos se procesaron en tablas y gráficos, con el apoyo del SPSS se registraron los datos. De igual forma se utilizó el chi cuadrado para que se puedan determinar las diferencias significativas.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

Tabla 1

Edad

| | EDAD | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | 60 a 65 años | 20 | 31,7 | 31,7 | 31,7 |
| | 66 a 70 años | 18 | 28,6 | 28,6 | 60,3 |
| Válido | 71 a 75 años | 16 | 25,4 | 25,4 | 85,7 |
| | más de 76 años | 9 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 01

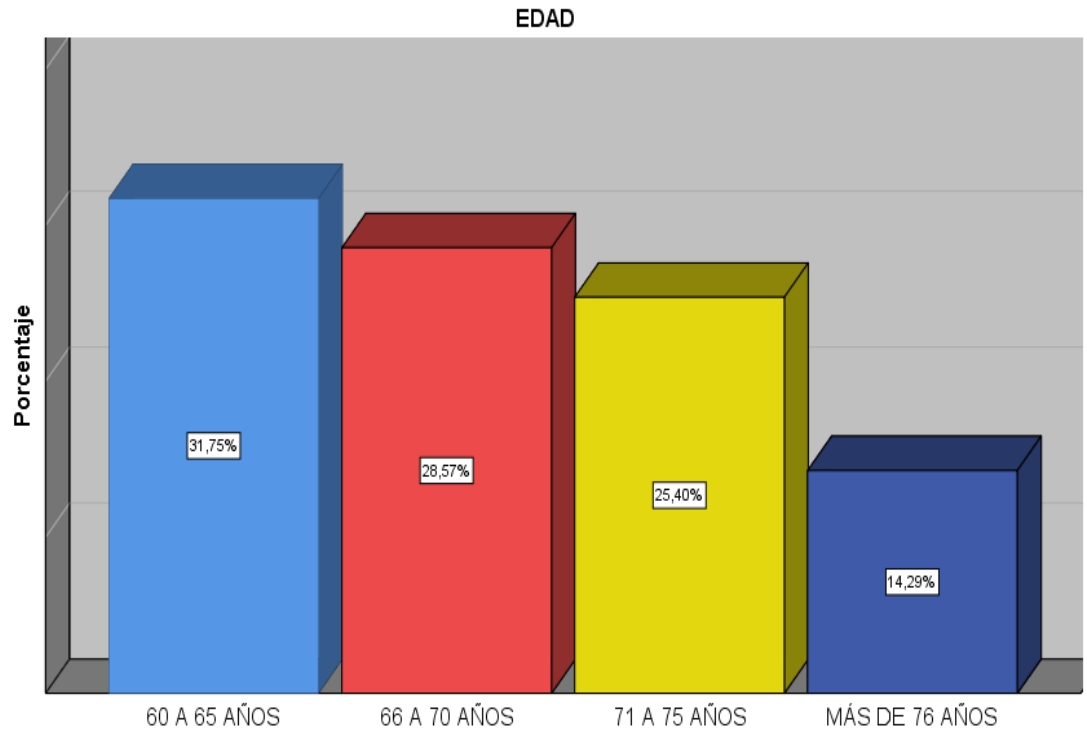


Figura 2

Sexo

| | SEXO | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Femenino | 21 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | Masculino | 42 | 66,7 | 66,7 | 100,0 |
| | Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 02

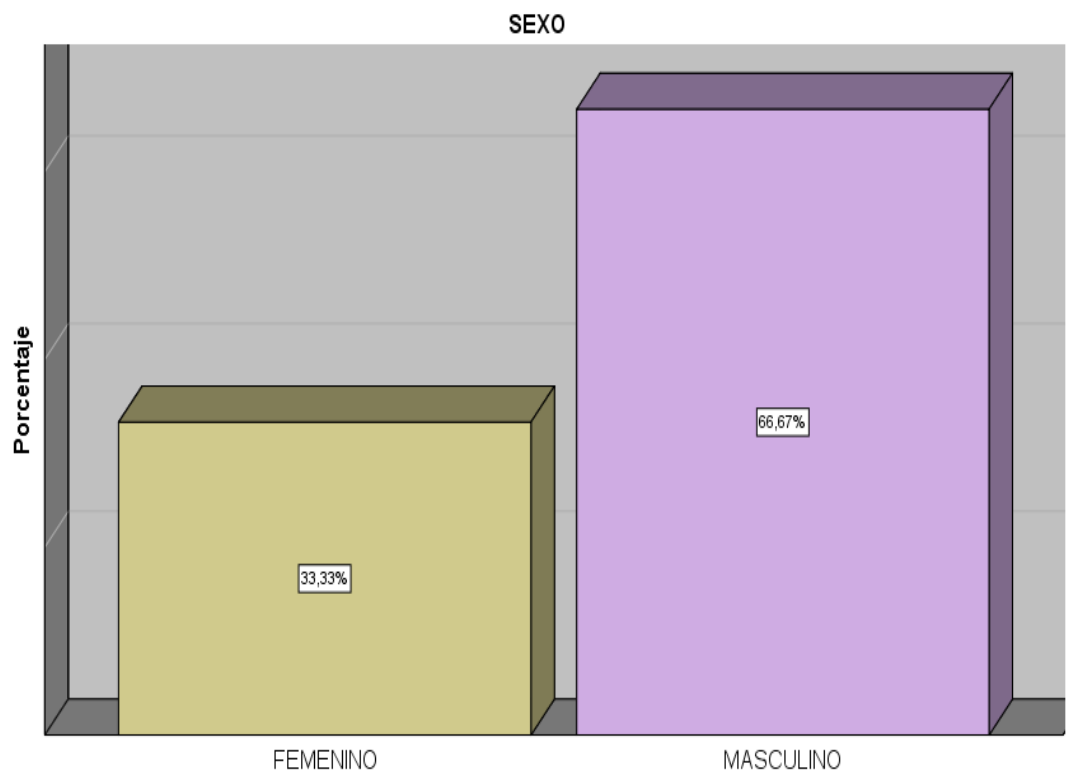


Tabla 3

Estado civil

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | Válido | Acumulado |
| Casado | 28 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Conviviente | 9 | 14,3 | 14,3 | 58,7 |
| Válido Soltero | 9 | 14,3 | 14,3 | 73,0 |
| Viudo | 17 | 27,0 | 27,0 | 100,0 |
| Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 03

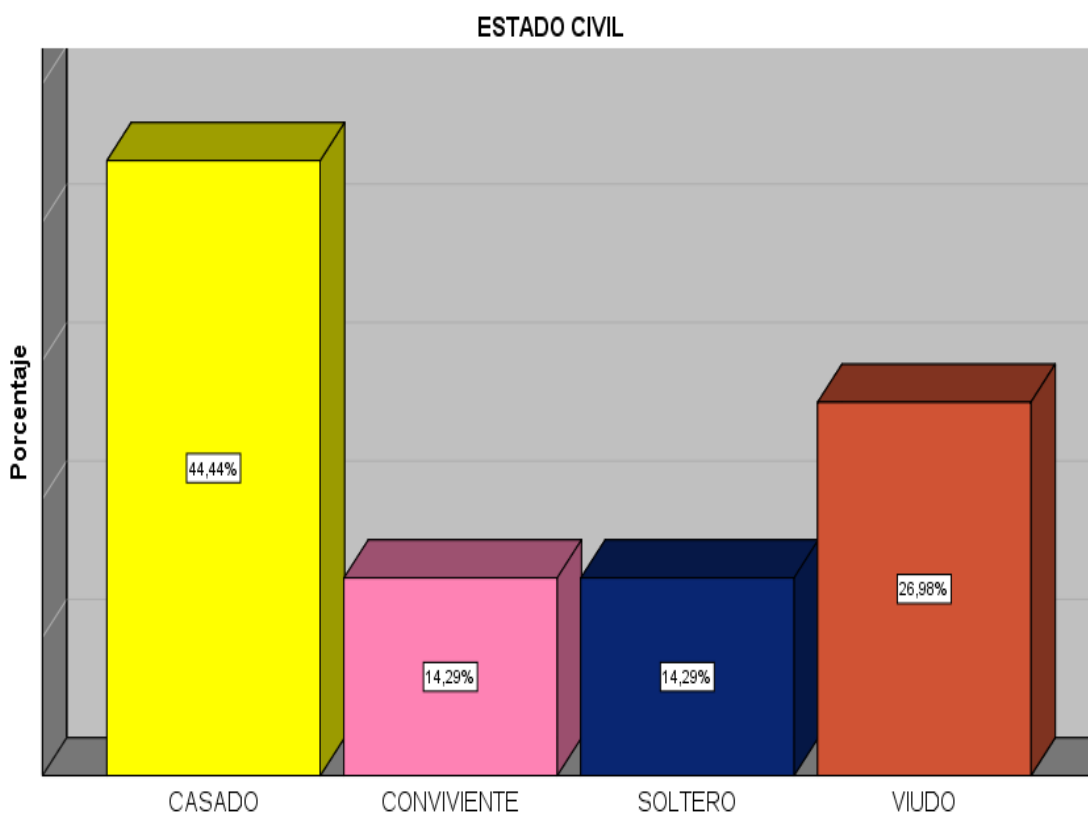


Tabla 4

Grado académico

| Grado | | Porcentaje | | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|--------|------------|
| Académico | Frecuencia | Porcentaje | Válido | Acumulado |
| Primaria | 12 | 19,0 | 19,0 | 19,0 |
| Secundaria | 25 | 39,7 | 39,7 | 58,7 |
| Válido Superior | 13 | 20,6 | 20,6 | 79,4 |
| Técnico | 13 | 20,6 | 20,6 | 100,0 |
| Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 04

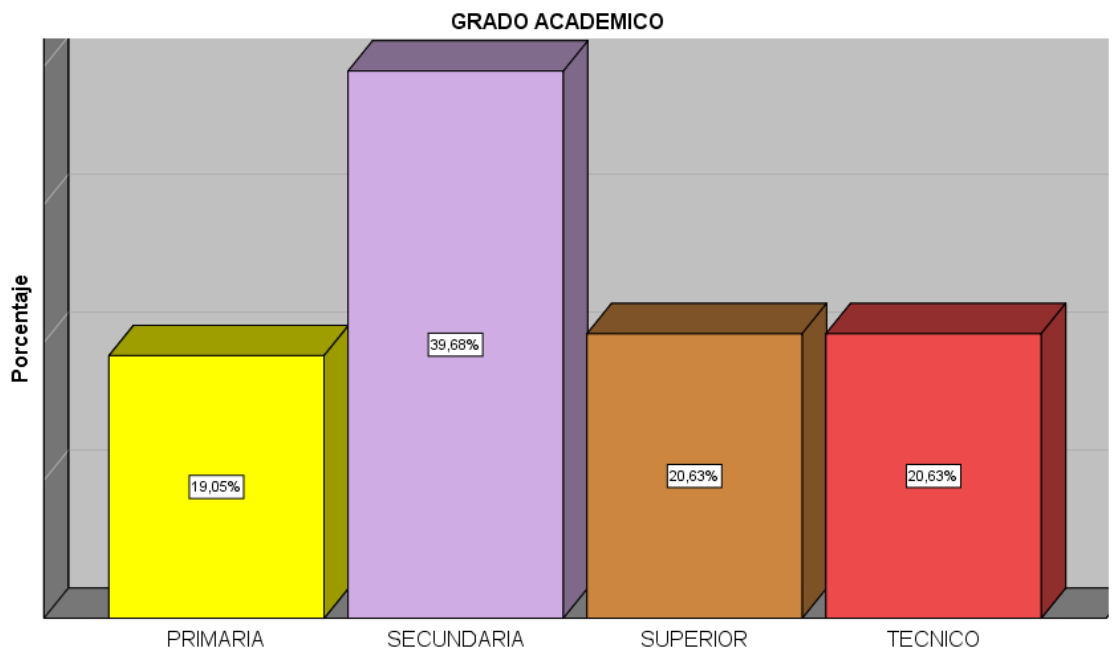


Tabla 5

¿Padece de alguna enfermedad?

| ¿Padece de alguna enfermedad? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Diabetes Mellitus | 21 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| Enfermedad Renal | 4 | 6,3 | 6,3 | 39,7 |
| Hipertension Arterial | 21 | 33,3 | 33,3 | 73,0 |
| Síndrome Metabólico | 17 | 27,0 | 27,0 | 100,0 |
| Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 05

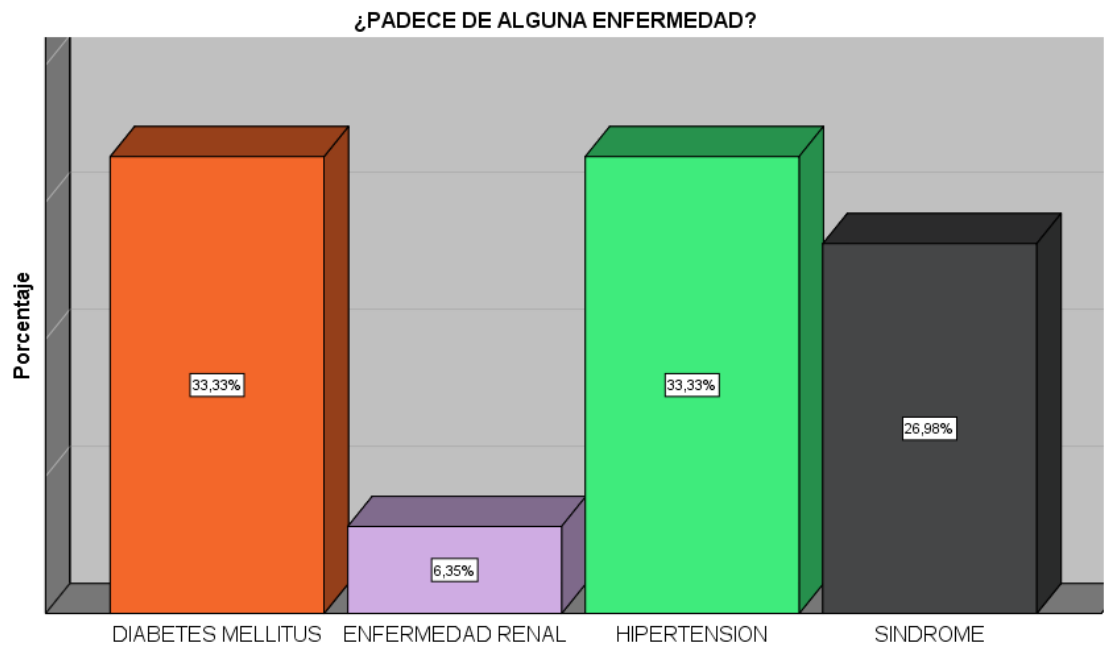


Tabla 6

¿Cuántas personas viven contigo?

| ¿cuántas personas viven contigo? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 2 Personas | 16 | 25,4 | 25,4 | 25,4 |
| 3 Personas | 14 | 22,2 | 22,2 | 47,6 |
| 4 Personas | 26 | 41,3 | 41,3 | 88,9 |
| Más de 5 Personas | 7 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 06

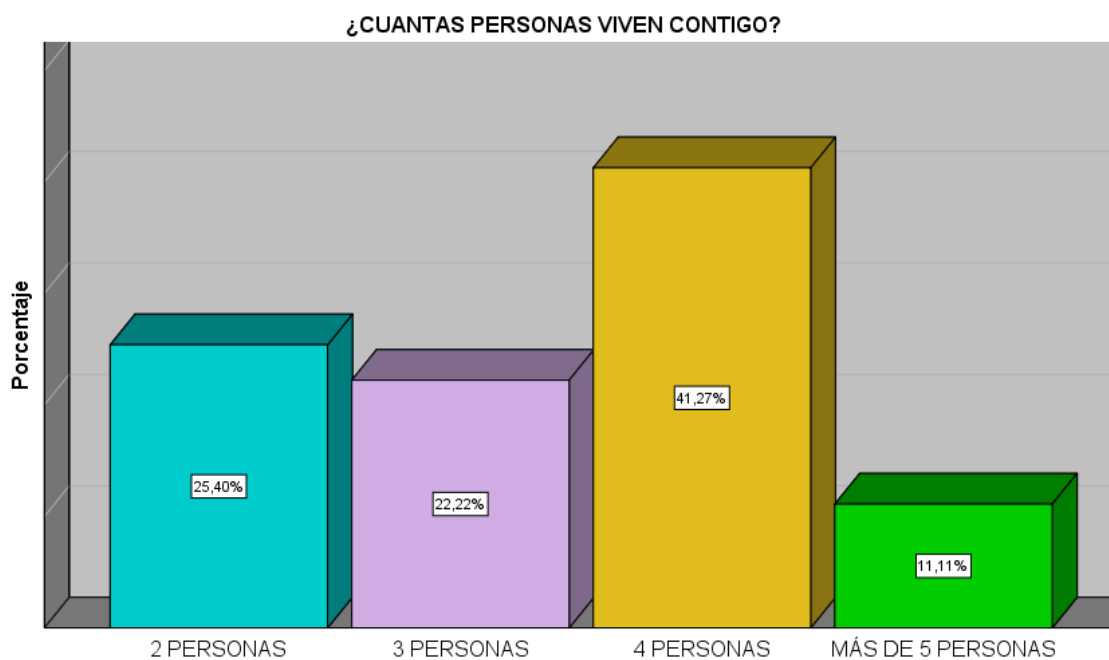
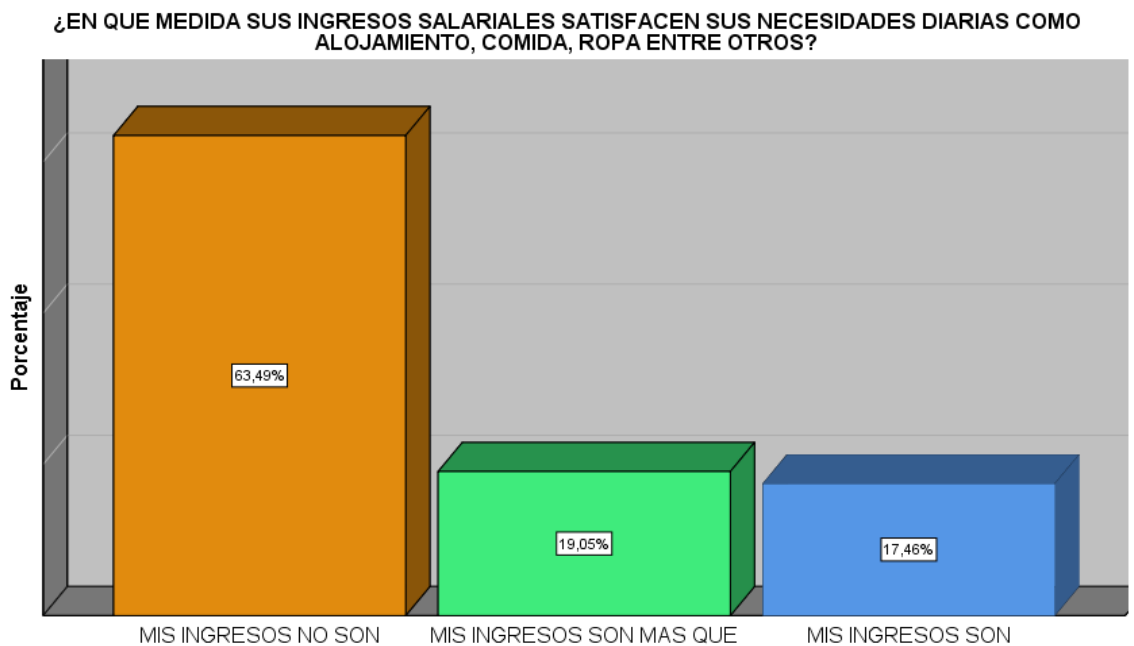


Tabla 07

¿En qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros?

| ¿En qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| mis ingresos no son suficientes | 40 | 63,5 | 63,5 | 63,5 |
| mis ingresos son más que suficientes | 12 | 19,0 | 19,0 | 82,5 |
| mis ingresos son suficientes | 11 | 17,5 | 17,5 | 100,0 |
| total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 07



ESTAS PREGUNTAS SON ACERCA DE SUS PENSAMIENTOS

Tabla 8

¿Las cosas siguen empeorando a medida que envejezco?

| las cosas siguen empeorando a medida que envejezco | Frecuenc ia | Porcenta je | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--|----------------|----------------|----------------------|-------------------------|
| algunas veces | 11 | 17,5 | 17,5 | 17,5 |
| válido casi siempre | 29 | 46,0 | 46,0 | 63,5 |
| nunca | 7 | 11,1 | 11,1 | 74,6 |
| siempre | 16 | 25,4 | 25,4 | 100,0 |
| total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 08

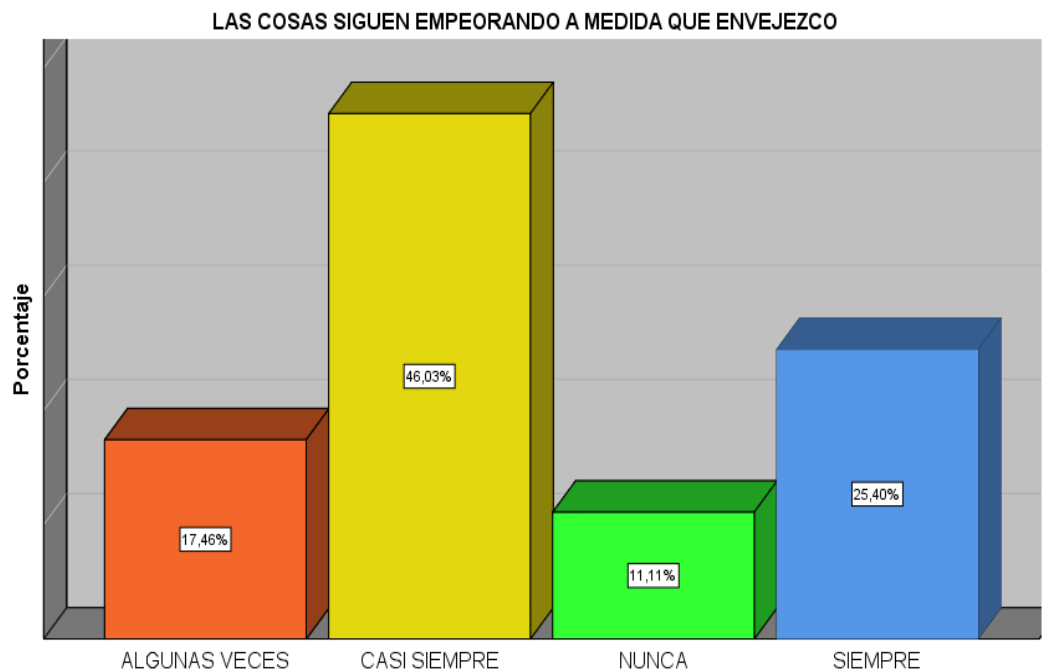


Tabla 9

¿Tengo tanta energía como el año pasado?

| ¿Tengo tanta energía como el año pasado? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| algunas veces | 31 | 49,2 | 49,2 | 49,2 |
| casi siempre | 12 | 19,0 | 19,0 | 68,3 |
| nunca | 10 | 15,9 | 15,9 | 84,1 |
| siempre | 10 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 09

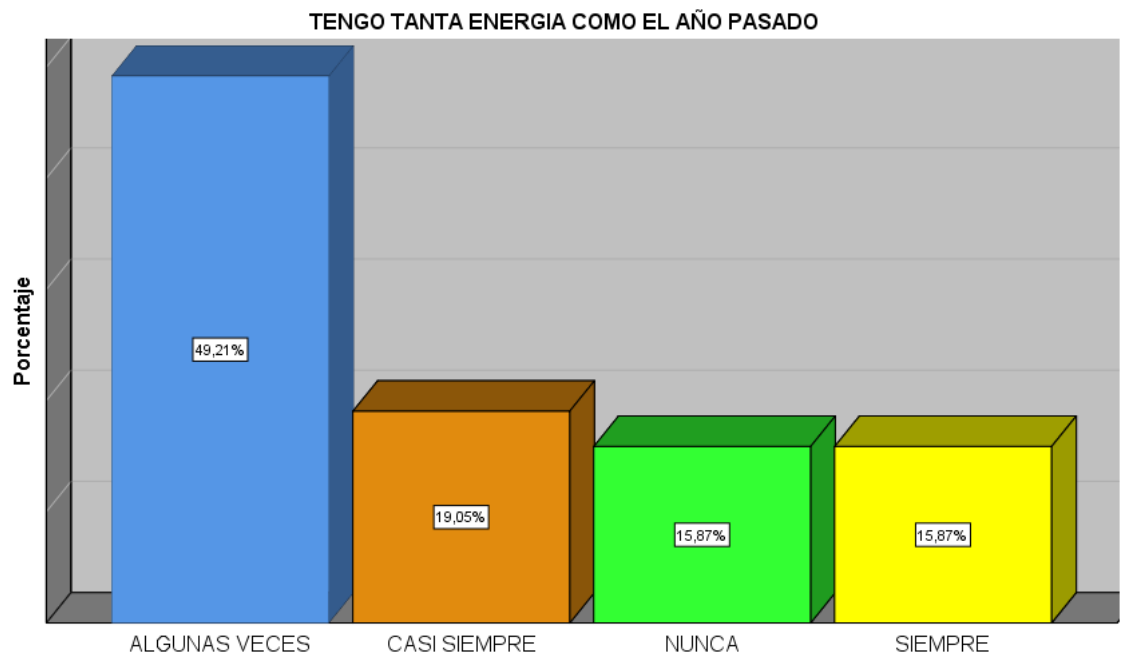


Tabla 10

¿A medida que envejezco me siento menos útil?

| ¿A medida que envejezco me siento menos útil? | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--|---------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| | algunas veces | 23 | 36,5 | 36,5 | 36,5 |
| | casi siempre | 25 | 39,7 | 39,7 | 76,2 |
| válido | nunca | 9 | 14,3 | 14,3 | 90,5 |
| | siempre | 6 | 9,5 | 9,5 | 100,0 |
| | total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 10

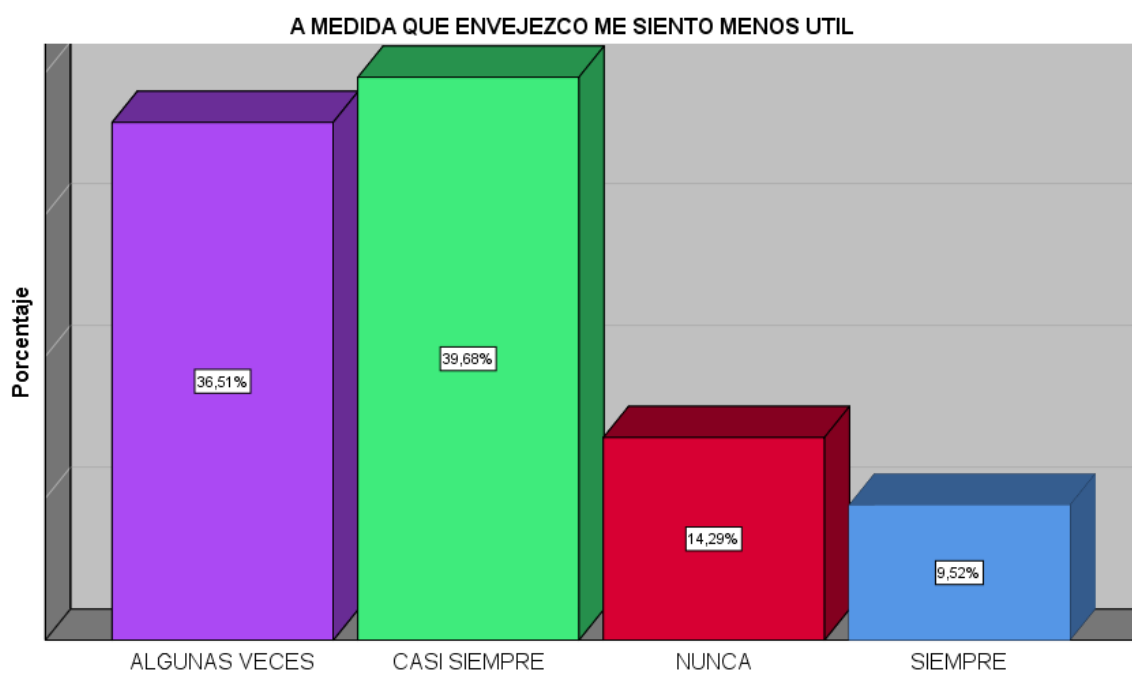


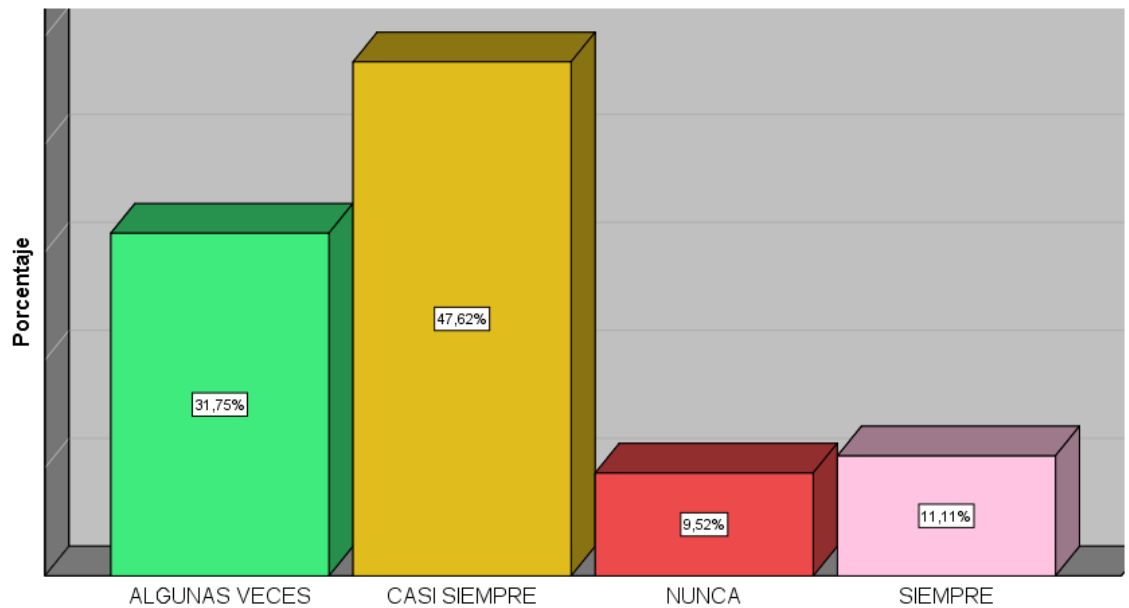
Tabla 11

¿A media que envejezco, las cosas son (mejores/peores/iguales) de lo que pensaba que serían?

| ¿A media que envejezco, las cosas son (mejores/peores/iguales) de lo que pensaba que serían? | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--|---------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válido | algunas veces | 20 | 31,7 | 31,7 | 31,7 |
| | casi siempre | 30 | 47,6 | 47,6 | 79,4 |
| | nunca | 6 | 9,5 | 9,5 | 88,9 |
| | siempre | 7 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 11

A MEDIA QUE ENVEJEZCO, LAS COSAS SON (MEJORES/PEORES/IGUALES) DE LO QUE PENSABA QUE SERIAN



RESPONDA COMO SE HAYA SENTIDO EN EL ULTIMO AÑO

Tabla 12

En general diría que su salud es:

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| válido | Buena | 10 | 15,9 | 15,9 | 15,9 |
| | Mala | 3 | 4,8 | 4,8 | 20,6 |
| | regular | 50 | 79,4 | 79,4 | 100,0 |
| | Total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 12

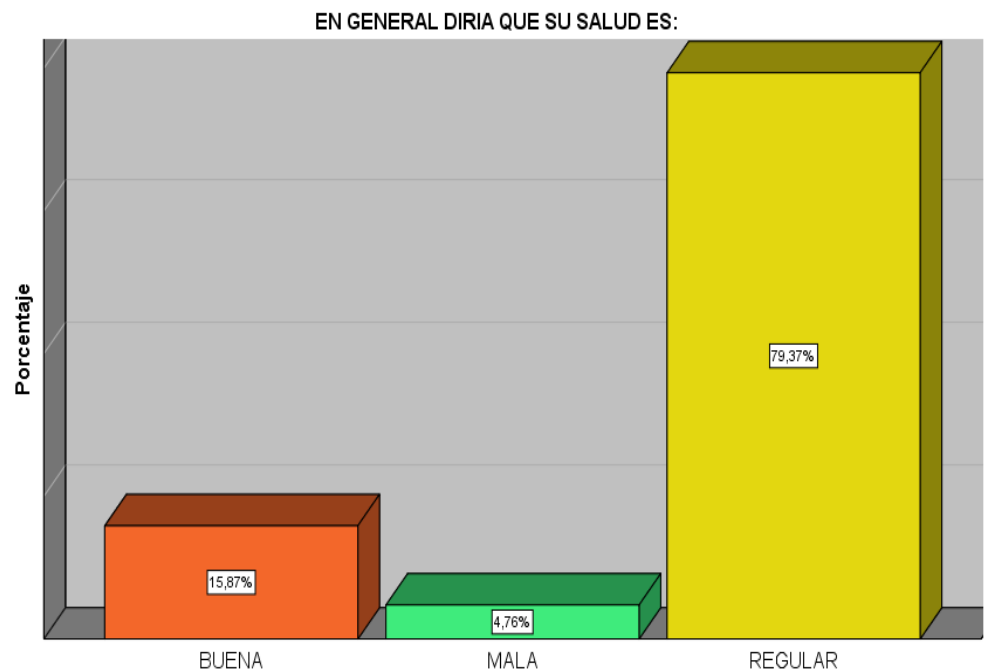


Tabla 13

Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes

| Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes | | | | |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
| algunas veces | 29 | 46,0 | 46,0 | 46,0 |
| casi siempre | 8 | 12,7 | 12,7 | 58,7 |
| válido nunca | 22 | 34,9 | 34,9 | 93,7 |
| siempre | 4 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 13

ACTIVIDADES VIGOROSAS, COMO CORRER, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PARTICIPAR EN DEPORTES EXTENUANTES

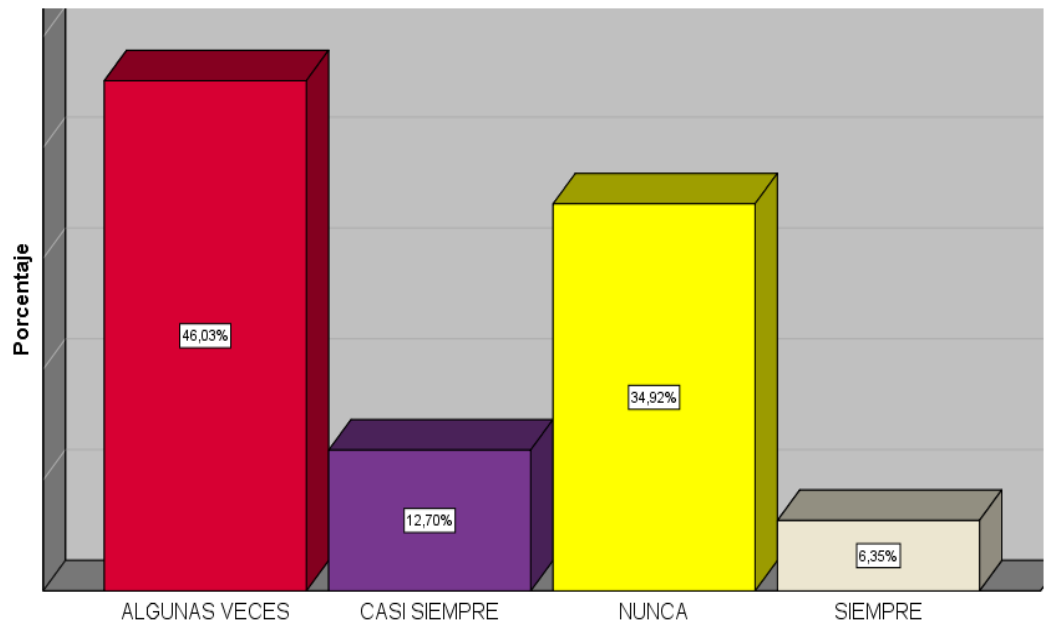


Tabla 14

¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer?

¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| válido | insatisfecho | 54 | 85,7 | 85,7 | 85,7 |
| | satisfecho | 9 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 14

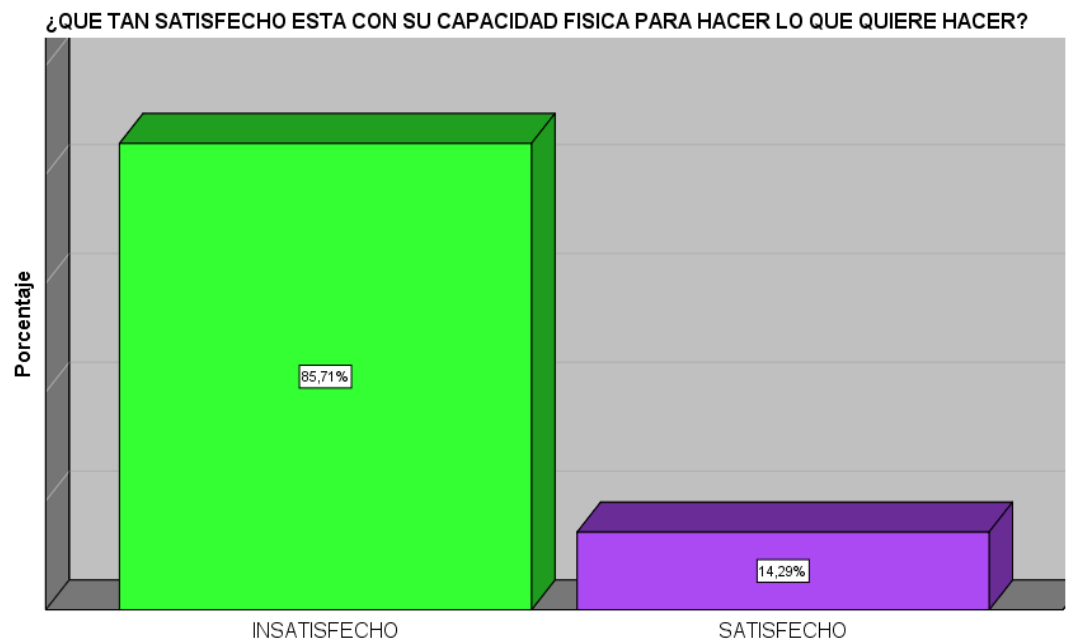
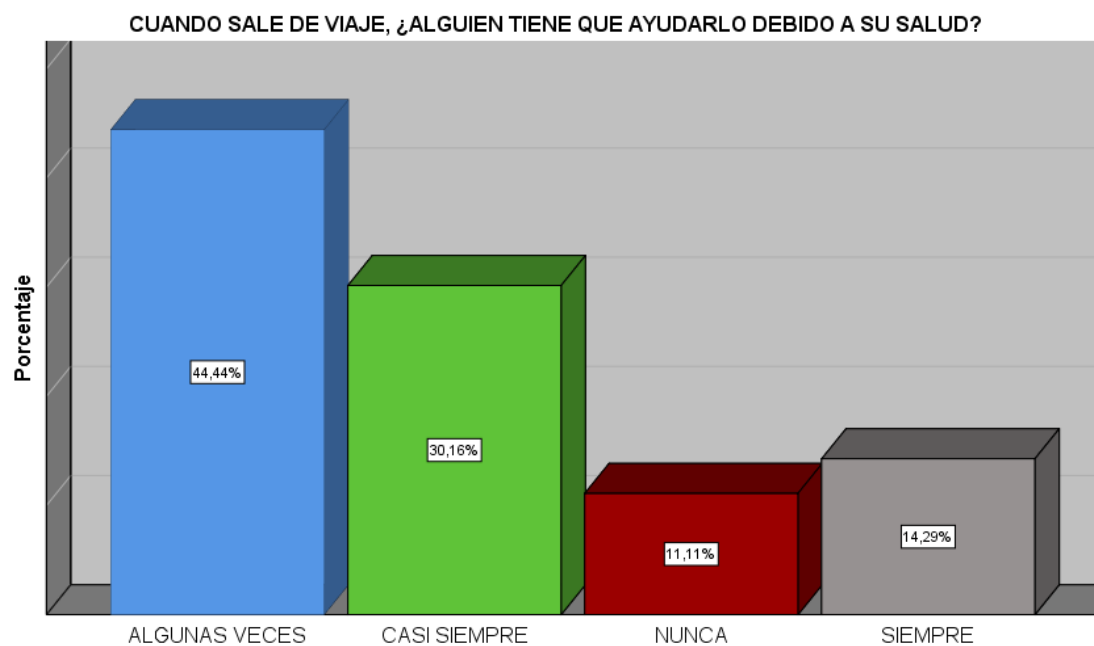


Tabla 15

Cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud?

| cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud? | Frecuencia | Porcenta je | Porcen taje Válido | Porcentaje Acumulado |
|---|------------|----------------|--------------------------|-------------------------|
| algunas veces | 28 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| casi siempre | 19 | 30,2 | 30,2 | 74,6 |
| válido nunca | 7 | 11,1 | 11,1 | 85,7 |
| siempre | 9 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| total | 63 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 15



5.2 Interpretación de los resultados

Hi Existen las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.

Ho No existen las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.

| AFECTACIONES EN LA SALUD | ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS | | TMR |
|--------------------------|---------------------------|-------------|-----|
| | Existente | Inexistente | |
| SI | A 29 | B 12 | 41 |
| NO | C 14 | D 8 | 22 |
| TMC | 43 | 20 | 63 |

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$Fe = \frac{(TMR)(TMC)}{N}$$

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$$Fe \text{ casilla A} = (41)(43) / (63) = 27.98$$

$$Fe \text{ casilla B} = (41)(20) / (63) = 13.01$$

$$Fe \text{ casilla C} = (22)(43) / (63) = 15.01$$

$$Fe \text{ casilla D} = (22)(20) / (63) = 6.98$$

| AFECTACIONES EN LA SALUD | ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS | | TMR |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Existente | Inexistente | |
| SI | A fo = 29 fe = 27.98 | B fo = 12 fe = 13.01 | 41 |
| NO | C fo = 14 fe = 15.01 | D fo = 8 fe = 6.98 | 22 |
| TMC | 43 | 20 | 63 |

Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

| Casilla | Fo | Fe | fo - fe | (fo - fe) ² | (fo - fe) ² / fe |
|---------|--------|-------|---------|------------------------|-----------------------------|
| A | 29 | 27.98 | 1.02 | 1.04 | 0.037 |
| B | 12 | 13.01 | -1.01 | 1.02 | 0.078 |
| C | 14 | 15.01 | -1.01 | 1.02 | 0.067 |
| D | 8 | 6.98 | 1.02 | 1.04 | 0.148 |
| | N = 63 | | | | Σ = 0.33 |

Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

| |
|-------------------------------------|
| $0.33 \geq 0.05$ $X^2_c \geq X^2_t$ |
|-------------------------------------|

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis de los resultados

Respecto a la edad en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 31.75% oscilan entre los 60 a 65 años, 28.57% oscilan entre los 66 a 70 años, el 25.40% oscilan entre los 71 a 75 años, y solo el 14.29% oscilan entre los 76 años a más.

Respecto al sexo en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 66.67% son del sexo masculino y el 33.33% son del sexo femenino.

Respecto al estado civil en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 44.44% son casados, 26.98% son viudos, 14.29% son convivientes como solteros.

Respecto al grado académico en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 39.68% tienen solo secundaria, 20.36% tienen superior y técnico, y solo el 19.05% tienen solo primaria.

Respecto a la pregunta si ¿padece de alguna enfermedad? en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 33.33% tienen diabetes mellitus e hipertensión, 26.98% tienen síndrome metabólico, y 6.35% tienen enfermedad renal.

Respecto a la pregunta ¿Cuántas personas viven contigo? en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 41.27% viven 4 personas, 25.40% viven con 2 personas, 22.22% viven con 3 personas y 11.11% viven con más de 5 personas.

Respecto a la pregunta sobre ¿en qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros? en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 63.49% “mis ingresos no

son suficientes”, 19.05% “mis ingresos son más que suficientes” y 17.46% “mis ingresos son suficientes”.

Respecto a si “las cosas siguen empeorando a medida que envejezco” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 46.03% es casi siempre, el 25.40% es siempre, el 17.46% es algunas veces y solo el 11.11% es nunca.

Respecto a si “tengo tanta energía como el año pasado” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 49.21% son algunas veces, 19.05% es casi siempre, 15.87% es nunca como siempre.

Respecto a si “a medida que envejezco me siento menos útil” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 39.68% es casi siempre, el 36.51% es algunas veces, el 14.29% es nunca y solo el 9.52% es siempre.

Respecto a si “a medida que envejezco, las cosas son (mejores/peores/iguales) de lo que se pensaba que serían” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 47.62% es casi siempre, el 31.75% es algunas veces, el 11.11% es siempre y solo el 9.52% es nunca.

Respecto a si “en general diría que su salud es” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 79.37% es regular, el 15.87% es buena y solo el 4.76% es mala.

Respecto a si “actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 46.03% es algunas veces, el 34.92% es nunca, el 12.70% es casi siempre y solo el 6.35% es siempre.

Respecto a la pregunta ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer? en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 85.71% es insatisfecho y 14.29% es satisfecho.

Respecto a si “cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud?” en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 44.44% es algunas veces, 30.16% es casi siempre, 14.29% es siempre y solo el 11.11% es nunca.

6.2 Comparación resultados con antecedentes

Presentación y constatación de los resultados de la investigación con lo que respecta a la bibliografía y la base teórica.

Respecto a la edad en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 31.75% oscilan entre los 60 a 65 años, 28.57% oscilan entre los 66 a 70 años, el 25.40% oscilan entre los 71 a 75 años, y solo el 14.29% oscilan entre los 76 años a más. Estos resultados concuerdan con la encontrados por Paolo Fusar (2018) et al, donde obtuvo que la edad media es de 65 años, por otro lado, difiere con lo estudiado por Bryan Jackson (2018) el cual menciona que la edad no es importante.

Respecto al sexo en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que el 66.67% son del sexo masculino y el 33.33% son del sexo femenino. Estos resultados concuerdan con la encontrados por Silvia Yang et al (2019) donde el obtuvo que el 56,9% son varones y el 43,1% son mujeres. Por otro lado, difiere con lo estudiado por Lindsay A. (2018) el cual menciona que el sexo no es importante.

Respecto al estado civil en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 44.44% son casados, 26.98% son viudos, 14.29% son convivientes como solteros. Lo cual tuvo una significancia con lo que encontró el autor Bravo Silverman et al (2017), el estado civil se asoció fuertemente con preocupaciones hipocondríacas.

Respecto al grado académico en los pacientes que son atendidos en el centro gerontológico San Francisco de Asís - Cusco, se demostró que 39.68% tienen solo secundaria, 20.36% tienen superior y técnico, y solo el 19.05% tienen solo primaria. Lo cual tuvo una significancia con lo que encontrado por los autores Bravo Silverman et al (2017), Silvia Yang et al (2019) los cuales coinciden que el grado académico tiene una relación de satisfacción con la vida y por ende influye en su calidad de vida y su bienestar.

Respecto a la pregunta si ¿padece de alguna enfermedad? y la pregunta ¿Cuántas personas viven contigo? No se encontró relación alguna, pero el autor Lindsay A. (2018) refiere que el padecer alguna enfermedad o tener varias personas en una vivienda pueden influenciar en que los individuos sufran de algún trastorno psicológico.

Respecto a la pregunta sobre ¿en qué medida sus ingresos salariales satisfacen sus necesidades diarias como alojamiento, comida, ropa entre otros? y la pregunta si “las cosas siguen empeorando a medida que envejezco”, tiene una significancia con lo que encontró el autor Ann Fernind (2017) et al, el cual concluyo que los hallazgos de estas son situaciones (calidad de vida y vejez) van a influenciar en que los individuos sufran y caigan en estados depresivos o psiquiátricos. Por otro lado, los autores Paolo Fusar (2018) y Lindsay Gerolimatos (2017) concluyeron que la ansiedad e incertidumbre van a ser características que no se relacionan con la calidad de vida del individuo.

Respecto a si “tengo tanta energía como el año pasado” y la pregunta “a medida que envejezco me siento menos útil”, se puede decir que si son de importancia al igual lo describen los autores Lindsay Gerolimatos (2017), Paolo Fusar (2018) et al y Silvia Yang et al (2019), lo cuales concluyen que a mayores trastornos físicos va a significar mayor preocupación y va a perjudicar su calidad de vida.

Respecto a si “en general diría que su salud es” y “actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes”, se demostró que es regular y en algunas veces va a influir, esto concuerda con lo estudiado por Paolo Fusar (2018), la cual concluyo que el tener algún diagnóstico en relación a su salud física va a influenciar en su calidad de vida y puede generarle algún tipo de trastorno de tipo afectivo. Lo cual no fue coincidencia para el autor Lindsay Gerolimatos (2017), que refirió que tener una enfermedad no influye en la calidad de vida del individuo.

Respecto a si ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad física para hacer lo que quiere hacer? y “cuando sale de viaje, ¿alguien tiene que ayudarlo debido a su salud?”, se demostró que es insatisfecho y en algunas veces va a influir, esto concuerda con el autor Silvia Yang et al (2019) el cual concluyo que si hay una fuerte influencia de los trastornos psiquiátricos y los trastornos físicos. Por otro lado, esto difiere con lo que encontró Ann Fernind (2017), donde concluyo que factores que contribuyen a la HA fueron similares a los informados en estudios con cohortes más jóvenes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Existen afectaciones en la salud debidas dos aspectos (ansiedad e hipocondriasis) que repercuten en los ancianos del centro geriátrico (36%), las cuales se encuentran presentes y, esto resulta en la baja utilidad que estos presentan en sus actividades de la vida diaria y el sentido de vida que le dan a su existencia.
- Respecto a los puntajes en ansiedad dentro de la esfera de salud, se hallan de manera significativa (79.4%) en este grupo particular de adultos (tercera edad) dentro del Centro San Francisco de Asís.

- Se determina que la sensibilidad evidenciada por los adultos de la tercera edad en cuestión se encuentra de manera significativa consecuencia de la percepción que tienen respecto al advenimiento de los años y su reducción en la participación dentro del hogar.
- Se concluye que gran parte de los sujetos de estudio se encuentran significativamente insatisfechos con su rendimiento físico derivada de la falta de independencia (39.8%) para la realización de sus acciones cotidianas y de la salud presente en la que se encuentran.
- Se identifica la presencia de un sentido de fatalismo (47.6%) respecto al futuro provisorio para los sujetos que se encuentran reflejado en los pensamientos negativistas acerca del desarrollo en el mejoramiento o empeoramiento de sus días.
- La percepción sobre el regular estado de su salud (49.2%) es significativo respecto a la realización y la posibilidad de efectuar sus actividades sin apoyo alguno o compañía.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar la programación de actividades diarias para que los adultos puedan desenvolverse convenientemente y mantenerse ocupados, y por consiguiente, sentirse útiles y así evitar que caigan en un cuadro ansioso o de hipocodriasis.
- Se incita a la institución a realizar capacitaciones para todo el personal en temas de salud mental en personas de la tercera edad, para a su vez, ejecutar una labor mucho más efectiva y satisfactoria.
- Se invita a la familia de cada individuo, involucrarse más en las actividades del anciano, o tratar de involucrar a este en la vida de los familiares, para así, alentar o mejorar su autoestima.

- Efectivizar la realización de consejerías programadas para cada sujeto, que incentiven en este, el hablar temas respecto a preocupaciones tanto físicas como mentales que incluyan una charla sobre el futuro, y el deterioro de funciones que conlleva la vejez.
- Se aconseja llevar evaluaciones continuas para hacer seguimiento en el progreso de cada individuo de manera individualizada y particular.
- Se recomienda incitar a la familia a comprometerse más en las actividades programadas por parte del centro, para dar un sentimiento de preocupación que se pueda percibir por parte del anciano y reforzar su sentido de valoración.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Abramowitz, JS y Braddock, AE (2008). Tratamiento psicológico de la ansiedad por la salud y la hipocondría: un enfoque biopsicosocial. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

Abramowitz, JS, Deacon, BJ y Valentiner, DP (2007). The Short Meath Anxiety Inventory: propiedades psicométricas y validez de constructo en una muestra no clínica. *Investigación y terapia cognitiva*, 31, 871-883. doi: 10.1007%2Fs10608-006-9058-1

Alberts, NM, Sharpe, D., Kehler, MD y Hadjistavropoulos, HD (2011). Ansiedad por la salud: Comparación de la estructura latente en muestras médicas y no médicas. *Revista de trastornos de ansiedad*, 25, 612-614. doi: 10.1016 / j. janxdis.2011.01.011

Ali Hyder, A. y Morrow, RH (2006). Medidas de salud y enfermedad en poblaciones. En MH Merson, RE Black & J. A, Mills (Eds.), *Salud pública internacional: enfermedades, programas, sistemas y políticas* (págs. 1-41). Boston, MA: Jones Bartlett.

Altamura, AC, Carta, MG, Tacchini, G., Musazzi, A. y Pioli, MR (1998). Prevalencia de trastornos somatomorfos en una población psiquiátrica: una encuesta nacional italiana. *Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica*, 248, 267-271. doi: 10.1007%2Fs004060050048

Andrew, DH y Dulin, PL (2007). La relación entre la salud autoinformada y los problemas de salud mental entre los adultos mayores en Nueva Zelanda: Evitación experiencial como moderador. *Envejecimiento y salud mental*, 11, 596-603. doi: 10.1080 / 13607860601086587

Asmundson, GJG, Taylor, S., Sevgur, S. y Cox, BJ (2001). Ansiedad por la salud: clasificación y características clínicas. En GJG Asmundson, S. Taylor & BJ Cox (Eds.), *Ansiedad por la salud: perspectivas clínicas y de investigación sobre la hipocondría y afecciones relacionadas* (págs. 3-21).

Bach, M., Nutzinger, DO y Hartl, L. (1996). Comorbilidad de los trastornos de ansiedad y la hipocondría considerando diferentes sistemas de diagnóstico. *Psiquiatría integral*, 37, 62-67. doi: 10.1016% 2FS0010-440X% 2896% 2990053-X

Barsky, AJ (2001). Amplificación somatosensorial e hipocondría. En V. Starcevic y DR Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an ancient malady* (págs. 223-248). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Barsky, AJ, Cleary, PD y Klerman, GL (1992). Determinantes del estado de salud percibido de los pacientes ambulatorios médicos. *Ciencias sociales y medicina*, 34, 1147-1154. doi: 10.1016% 2F0277- 9536% 2892% 2990288-2

Engel, GL (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina. *Science*, 196, 129-136. doi: 10.1126% 2Fscience.847460

Escocard, M., Fioravanti-Bastos, ACM y Landeira-Fernandez, J. (2009). Estructura del factor de sensibilidad a la ansiedad en pacientes brasileños con trastornos de ansiedad. *Revista de psicopatología y evaluación del comportamiento*, 31, 246-255. doi: 10.1007 / s10862-008-9103-3

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. y Cabras, P. (1997). Epidemiología de los trastornos somatomorfos: una encuesta comunitaria en Florencia. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica*, 32, 24-29. doi: 10.1007% 2FBF00800664

Fava, GA y Mangelli, L. (2001). Hipocondriasis y trastornos de ansiedad. En V. Starcevic y DR Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: perspectivas modernas sobre una enfermedad antigua* (págs. 89-102). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Fava, GA, Fabbri, S., Sirri, L. y Wise, TN (19 de abril de 2006). Factores psicológicos que afectan la condición médica: una nueva propuesta para el DSM-V. Trabajo presentado en el Tulsa Health Research Forum, Tulsa, OK.

Feeney, SL (2004). La relación entre el dolor y el afecto negativo en los adultos mayores: la ansiedad como predictor del dolor. *Revista de trastornos de ansiedad*, 18 (6), 733-744. doi: 10.1016 / j.janxdis.2001.04.001

Fergus, TA y Valentiner, DP (2010). La fobia a la enfermedad y la convicción de la enfermedad son dimensiones independientes que subyacen a la hipocondría. *Revista de terapia conductual y psiquiatría experimental*, 41, 438-444. doi: 10.1016 / j.jbtep.2010.05.002

Fergus, TA y Valentiner, DP (2011). El Inventario Breve de Ansiedad por la Salud y el Inventario Multidimensional de Rasgos Hipocondriacos: Una comparación de dos medidas de autoinforme de ansiedad por la salud. *Investigación y terapia cognitiva*, 35, 566-574. doi: 10.1007% 2Fs10608-011-9354-2

Ferguson, E. (2009). Un análisis taxométrico de la ansiedad por la salud. *Medicina psicológica*, 39, 277-285. doi: 10.1017 / s0033291708003322

Fink, P., Ornbol, E. y Christensen, KS (2010). El resultado de la ansiedad por la salud en la atención primaria. Un estudio de seguimiento de dos años sobre costos de atención médica y salud autoevaluada. *Plos One*, 5. doi: e987310.1371 / journal.pone.0009873

Fletcher, P. (2002). Salud de las personas mayores en Nueva Zelanda: una referencia estadística Obtenido de <http://www.moh.govt.nz>

Flora, DB y Curran, PJ (2004). Una evaluación empírica de métodos alternativos de estimación para el análisis factorial confirmatorio con datos ordinales. *Métodos psicológicos*, 9, 466-491. doi: 10.1037 / 1082-989X.9.4.466

Fox, LS y Knight, BG (2005). Los efectos de la ansiedad en los procesos de atención en adultos mayores. *Envejecimiento y salud mental*, 9, 585-593. doi: 10.1080 / 13607860500294282

Frazier, LD y Waid, LD (1999). Influencias sobre la ansiedad en la vejez: el papel del estado de salud, las percepciones de salud y el locus de control de la salud. *Envejecimiento y salud mental*, 3, 213-220. doi: 10.1080%2F13607869956163

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. and Labdoceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791–802.

Fuentes, K. y Cox, B. (2000). Evaluación de la ansiedad en adultos mayores: encuesta comunitaria y comparación con adultos más jóvenes. *Investigación y terapia del comportamiento*, 38, 297-309. doi: 10.1016 / s0005-7967 (99) 00067-4

Gerolimatos, LA y Edelstein, BA (2012a). Los constructos relacionados con la ansiedad median la relación entre la edad y la ansiedad por la salud. *Envejecimiento y salud mental*. Obtenido de doi: 10.1080 / 13607863.2012.688192

Gilbert, P. (1995). Enfoques biopsicosociales y teoría evolutiva como ayudas a la integración en psicología clínica y psicoterapia. *Psicología clínica y psicoterapia*, 2, 135-156. doi: 10.1002%2Fcpp.5640020302

Gloster, AT, Rhoades, HM, Novy, D., Jens Klotsche, Senior, A., Kunik, M. Stanley, MA (2008). Propiedades psicométricas de la Escala 21 de estrés, ansiedad y depresión en pacientes mayores de atención primaria. *Revista de trastornos afectivos* 110, 248-259. doi: 10.1016%2Fj.jad.2008.01.023

Gomborone, J., Dewsnap, P., Libby, G. y Farthing, M. (1995). Actitudes anormales ante la enfermedad en pacientes con síndrome del intestino irritable.

Revista de Investigación Psicosomática, 39, 227-230. doi: 10.1016 / 0022-3999 (94) 00126-p

Gonçalves, DC, Pachana, NA y Byrne, GJ (2011). Prevalencia y correlaciones del trastorno de ansiedad generalizada entre los adultos mayores en la Encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar. *Revista de trastornos afectivos*, 132, 223-230. doi: 10.1016 / j.jad.2011.02.023

Gramling, SE, Clawson, EP y McDonald, MK (1996). Modelo de anomalía perceptiva y cognitiva de la hipocondría: amplificación y reactividad fisiológica en mujeres.

Henry, JD y Crawford, JR (2005). La versión abreviada de las Escalas de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21): Construya la validez y los datos normativos en una muestra no clínica grande. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44 (parte 2), 227-239. doi: 10.1348% 2F014466505X29657

Hickey, T. (2002). Consideraciones biosociales en las percepciones y decisiones de enfermedades crónicas. En KW Schaie, H. Leventhal & SL Willis (Eds.), *Comportamiento de salud efectivo en adultos mayores* (págs. 1-16). Nueva York, NY: Springer.

Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 885–895. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.002.

Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. and Asnaani, A. (2009).

Olga Golubnitschaja, Detlef E. Dietrich, Dieter Felbel, Vincenzo Costigliola, Los individuos afectados por el síndrome de Flammer pueden estar predispuestos a patologías asociadas temprano en la vida: aspectos psicológicos y psiquiátricos, *síndrome de Flammer*, 10.1007 / 978-3-030-13550-8_3, (19-28), (2019).

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

“AFECTACIONES EN LA SALUD POR ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS – CUSCO 2019”

| Problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología | Instrumento | Fuente |
|---|---|--|---------------------------------------|--|---------------------|---------------------|
| <p>Problema Principal ¿Cuáles son las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuáles son los puntajes de ansiedad por la salud serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019? ¿Cuáles son los puntajes sensibilidad a la ansiedad serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019? ¿Cuáles son los puntajes de vigilancia corporal serán significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019?</p> | <p>Objetivo general Determinar las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.</p> <p>Objetivos específicos Identificar los puntajes de ansiedad por la salud serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019. Correlacionar los puntajes sensibilidad a la ansiedad serán significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019. Estudiar los puntajes de vigilancia corporal serán significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.</p> | <p>Hipótesis general Existen las afectaciones en la salud por ansiedad e hipocondriasis en adultos mayores del centro gerontológico san francisco de asís – Cusco 2019.</p> <p>Hipótesis Específicos Existen los puntajes de ansiedad por la salud son significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019. Existen los puntajes sensibilidad a la ansiedad son significativamente más bajos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019. Existen los puntajes de vigilancia corporal son significativamente más altos para los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes en el centro gerontológico San Francisco de Asís – Cusco 2019.</p> | <p>Ansiedad</p> <p>Hipocondriasis</p> | <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Alcance correlacional</p> <p>Tipo no experimental</p> <p>Corte Traseccional o Transversal</p> | <p>Cuestionario</p> | <p>Adulto Mayor</p> |

ANEXO 2: Matriz de Operalización de variables

“AFECTACIONES EN LA SALUD POR ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS – CUSCO 2019”

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADORES | CATEGORIAS |
|---------------------------|---|--------------------------------|---|
| ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS | Los factores demográficos no predecirán significativamente la ansiedad por la salud en ninguna de las cohortes. | FACTORES DEMOGRAGICOS | EDAD SEXO ESTADO CIVIL GRADO ACADEMICO |
| | La función física, pero no la morbilidad médica, predecirá la ansiedad por la salud en los adultos mayores. | FUNCION FISICA | ACTITUD ANTE EL ENVEJECIMIENTO ENFERMEDAD |
| AFECTACIONES EN LA SALUD | La angustia actual (es decir, ansiedad y depresión) predecirá la ansiedad por la salud en ambas cohortes. | ANGUSTIA | # PERSONAS VIVEN CONTIGO SATISFACCION SALARIAL |
| | De acuerdo con el modelo cognitivo conductual, después de controlar las variables demográficas, de salud física y de angustia actual, la sensibilidad a la ansiedad, la vigilancia corporal y la amplificación somatosensorial predecirán la ansiedad por la salud para ambos grupos. | | |
| VIGILANCIA CORPORAL | La vigilancia corporal será un predictor más fuerte de la ansiedad por la salud en los adultos mayores que en los adultos más jóvenes. | MODELO CONDUCTUAL COGNITIVO | ESTRÉS |

ANEXO 3: Instrumento de medición



A continuación, se presentará las preguntas relacionadas con nuestra tesis” AFECTACIONES EN LA SALUD POR ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS – CUSCO 2019”, son preguntas de opción múltiple, no se considerará puntos en contra, por lo contrario, el llenado completo nos ayudará con la demostración de resultados.

Marque con una (x) la alternativa que se ajuste a sus preferencias ninguna respuesta es buena ni mala.

1. EDAD

- a) 60 A 65 AÑOS
- b) 66 A 70 AÑOS
- c) 71 A 75 AÑOS
- d) MÁS DE 76 AÑOS

2. SEXO

- a) MASCULINO
- b) FEMENINO

3. ESTADO CIVIL

- a) SOLTERO
- b) CASADO
- c) VIUDO
- d) CONVIVIENTE

4. GRADO ACADÉMICO

- a) PRIMARIA
- b) SECUNDARIA
- c) TECNICO
- d) SUPERIOR

5. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD?

- a) HIPERTENSION ARTERIAL
- b) DIABETES MELLITUS
- c) ENFERMEDAD RENAL
- d) SINDROME METABOLICO

6. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN CONTIGO?

- a) 2 PERSONAS
- b) 3 PERSONAS
- c) 4 PERSONAS
- d) MÁS DE 5 PERSONAS

7. ¿EN QUE MEDIDA SUS INGRESOS SALARIALES SATISFACEN SUS NECESIDADES DIARIAS COMO ALOJAMIENTO, COMIDA, ROPA ENTRE OTROS?

- a) MIS INGRESOS NO SON SUFICIENTES
- b) MIS INGRESOS SON SUFICIENTES
- c) MIS INGRESOS SON MAS QUE SUFICIENTES

ESTAS PREGUNTAS SON ACERCA DE SUS PENSAMIENTOS

8. LAS COSAS SIGUEN EMPEORANDO A MEDIDA QUE ENVEJEZCO

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

9. TENGO TANTA ENERGIA COMO EL AÑO PASADO

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

10. A MEDIDA QUE ENVEJEZCO ME SIENTO MENOS UTIL.

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

11. A MEDIA QUE ENVEJEZCO, LAS COSAS SON (MEJORES/PEORES/IGUALES) DE LO QUE PENSABA QUE SERIAN.

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

RESPONDA COMO SE HAYA SENTIDO EN EL ULTIMO AÑO

12. EN GENERAL DIRIA QUE SU SALUD ES:

- a) BUENA
- b) REGULAR
- c) MALA

13. ACTIVIDADES VIGOROSAS, COMO CORRER, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PARTICIPAR EN DEPORTES EXTENUANTES

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

14. ¿QUE TAN SATISFECHO ESTA CON SU CAPACIDAD FISICA PARA HACER LO QUE QUIERE HACER?

- a) SATISFECHO
- b) INSATISFECHO

15. CUANDO SALE DE VIAJE, ¿ALGUIEN TIENE QUE AYUDARLO DEBIDO A SU SALUD?

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

16. ¿SE ENCUENTRA EN CAMA O SILLA DE RUEDAS LA MAYOR PARTE O TODO EL DIA DEBIDO A SU SALUD?

- a) SIEMPRE
- b) CASI SIEMPRE
- c) ALGUNAS VECES
- d) NUNCA

Gracias por su participación

ANEXO 4 Ficha de validación de instrumentos de medición



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE EDICIÓN

| Nº | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | ✓ | |
| 2 | La secuencia de presentación de ítems es óptima. | ✓ | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | ✓ | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | ✓ | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | ✓ | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | ✓ | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | ✓ | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | ✓ | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | ✓ | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | ✓ | |

FECHA: 11 / 09 / 2019


Lina Del Pozo Aedo
PSICÓLOGA
C.Ps.C. 31378



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE EDICIÓN

| Nº | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | ✓ | |
| 2 | La secuencia de presentación de ítems es óptima. | ✓ | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | ✓ | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | ✓ | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | ✓ | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | ✓ | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | ✓ | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | ✓ | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | ✓ | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | ✓ | |

FECHA: 07 / 04 / 2019

COLECCIÓN DE DATOS DEL PERU
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
Dr. EDUARDO SERRANO MONGE

Maestro Edward Serrano Monge



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE EDICIÓN

| Nº | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | / | |
| 2 | La secuencia de presentación de ítems es óptima. | / | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | / | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | / | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | / | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | / | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | / | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | / | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | / | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | / | |

FECHA: 05./04/2019


Eleyda Valdivia Bernal
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 25924

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

| Resumen de procesamiento de casos | | | |
|--|-----------------------|----|-------|
| | | N | % |
| Casos | Válido | 63 | 98.4 |
| | Excluido ^a | 1 | 1.6 |
| | Total | 64 | 100.0 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

| Estadísticas de fiabilidad | |
|-----------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| .889 | 15 |

| Estadísticas de total de elemento | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| V1 | 31.60 | 54.211 | .824 | .868 |
| V2 | 32.49 | 63.899 | .525 | .885 |
| V3 | 31.41 | 58.117 | .661 | .877 |
| V4 | 31.40 | 55.727 | .739 | .873 |
| V5 | 31.56 | 55.509 | .628 | .879 |
| V6 | 31.44 | 53.896 | .910 | .864 |
| V7 | 32.27 | 61.813 | .451 | .886 |
| V8 | 31.68 | 56.962 | .732 | .874 |
| V9 | 31.11 | 64.262 | .191 | .897 |
| V10 | 31.27 | 58.813 | .652 | .878 |
| V11 | 31.27 | 63.394 | .311 | .891 |
| V12 | 31.94 | 68.189 | -.037 | .896 |
| V13 | 30.84 | 56.749 | .657 | .877 |
| V14 | 31.97 | 69.902 | -.324 | .900 |
| V15 | 31.30 | 55.666 | .892 | .867 |

Se llegó a obtener un resultado por el coeficiente de alfa de Cronbach donde nos dio como resultado 0.889 para nuestros 15 ITEMS los cuales fueron aceptados y validados para la elaboración de nuestra tesis.

AFECTACIONES EN LA SALUD POR ANSIEDAD E HIPOCONDRIASIS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS – CUSCO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 13% | 11% | 0% | 2% |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | mro.massey.ac.nz Fuente de Internet | 5% |
| 2 | www.onu.org.cu Fuente de Internet | 3% |
| 3 | repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 4 | Fuente de Internet | 2% |
| 5 | Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante | 2% |

| | |
|-----------------------|---------|
| Excluir citas | Apagado |
| Excluir bibliografía | Activo |
| Excluir coincidencias | < 1% |