



Universidad Nacional de Loja

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA
NIVEL DE PREGRADO**

TÍTULO:

"INFLUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG) EN LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA (IEES LOJA), EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA, EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013"

ARTÍCULO CIENTÍFICO

AUTORA:

Betty Alexandra Narváez Espinoza

DIRECTORA:

Dra. Verónica Andrea Vélez Mora

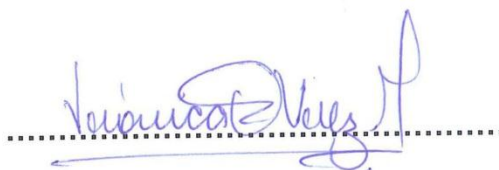
**Loja - Ecuador
2014**

CERTIFICACIÓN

**Dra. Verónica Andrea Vélez Mora DOCENTE DE LA CARRERA DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Que la tesis titulada **“INFLUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG) EN LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA (IEES LOJA), EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA, EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013”**, elaborada por: Betty Alexandra Narvárez Espinoza, autorizo su presentación luego de verificar que cumple con lo estipulado en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja. Este trabajo investigativo una vez presentado por la aspirante puede continuar con los trámites de rigor como requisito previo para obtener el grado de Medico General.



Dra. Verónica Andrea Vélez Mora

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Betty Alexandra Narváez Espinoza**, declaro ser autora y responsable del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Betty Alexandra Narváez Espinoza

Firma:



Cédula: 1104726862

Fecha: 22 de Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Betty Alexandra Narváez Espinoza**, declaro ser autora de la tesis titulada: **“INFLUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG) EN LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA (IEES LOJA), EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA, EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013”**, como requisito para optar al grado de Médica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.


Los usuarios pueden consultar el contenido de éste trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de ésta autorización, en la ciudad de Loja, a los 22 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Autor: **Betty Alexandra Narváez Espinoza**

Firma:

.....


Cédula: **1104726862**
Dirección: **Loja-La Pradera**
Correo Electrónico: **betubb20@hotmail.com**
Teléfono: **2102633** **Celular:** **0967637008**

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: **Dra. Verónica Andrea Vélez Mora**
TRIBUNAL DE GRADO: **Dra. Ana Catalina Puertas Azanza**
Dr. Jorge Augusto Villavicencio Aguirre
Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez

DEDICATORIA

Mi esfuerzo reflejado hoy la culminación de una de mis metas, lo dedico en primer lugar a Dios por darme la fuerza necesaria para luchar por mis sueños, a mi familia por ser mi ejemplo de superación constante y ser el centro de apoyo día a día durante todo éste tiempo.

Y dedico especialmente éste logro a todos quienes han compartido a lo largo de mi carrera, y me han impulsado a seguir adelante y que hoy comparten conmigo la culminación de ésta etapa.

Betty Alexandra

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento y gratitud a la Universidad Nacional de Loja, sus autoridades y docentes, por el esfuerzo continuo para la obtención de nuestros objetivos. A mi familia por ser mi apoyo fundamental que me ha llevado a alcanzar mis metas, y ser un ejemplo de virtud y trabajo.

Un agradecimiento especial a la Dra. Verónica Vélez y Dr. Miguel Jimbo, distinguidos docentes de ésta entidad, quienes me guiaron permanentemente, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible la culminación de mi trabajo investigativo.

Betty Alexandra

TÍTULO

**“INFLUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD
GENERALIZADA (TAG) EN LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS
GASTROINTESTINALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL MANUEL
YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA (IEES LOJA), EN EL
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA, EN EL PERÍODO
DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013”**

RESUMEN

El presente estudio refleja la relación entre la depresión y ansiedad generalizada para la presentación de síntomas gastrointestinales, la recolección de la información se la hizo en base a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el período establecido.

En la depresión existe trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, provocando una incapacidad total o parcial para disfrutar los acontecimientos de la vida cotidiana. El trastorno de ansiedad generalizada caracterizado por un patrón de preocupación y ansiedad persistente respecto de una variedad de eventos o actividades, en el que los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses, son dos patologías que en la actualidad se relacionan con la somatización de muchas enfermedades.

El grupo etáreo con mayor porcentaje fue entre los 31-40 años, entre las molestias gastrointestinales más frecuentes se encuentran vómito, náusea, estreñimiento, dolor abdominal y meteorismo con menor porcentaje.

La evolución de la sintomatología en la mayor parte de los pacientes fue crónica y no respondía favorablemente al tratamiento de las molestias gastrointestinales.

Hay muchas razones por las cuales la psiquiatría general debería interesarse por la somatización y la hipocondría, ya que son causas de consulta en centros de atención primaria, luego de haber controlado la depresión y la ansiedad.

ABSTRACT

This study shows that the relationship between depression and generalized anxiety for the presentation of gastrointestinal symptoms is the collection of information is made based on the medical records of patients seen in the period specified.

In depression there mood, temporary or permanent disorder characterized by feelings of depression, unhappiness and guilt, causing a total or partial inability to enjoy the events of everyday life. Generalized anxiety disorder characterized by a persistent pattern of concern and anxiety with respect to a variety of events or activities where symptom should extend at least 6 months , are two currently pathology related to many somatization diseases.

The age group with the highest percentage was between 31-40 years, among the most common gastrointestinal complaints vomiting, nausea, constipation, abdominal pain and bloating are the lowest percentages.

The evolution of symptoms in most patients was chronic and not responding favorably to treatment of gastrointestinal discomfort.

There are many reasons why general psychiatry should be interested somatization and hypochondria, as they are causes of consultation in primary care, after controlling depression and anxiety.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la problemática de la enfermedad física es bastante diferente a lo que era en tres o cuatro décadas atrás, dentro de este tipo es muy frecuente oír hablar del cáncer, las enfermedades coronarias, las cerebrovasculares y la diabetes. Estudios epidemiológicos recientes han demostrado que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de este tipo de enfermedades, dentro de los mismos se pueden ubicar el estrés ambiental, las estrategias de afrontamiento, las conductas relacionadas con la salud, las características personales y los modos de reacción al estrés, entre otros. Es por ello, que abordar los problemas médicos con un enfoque psiquiátrico, especialmente centrándose en aquellos factores que pudieran estar implicados en el desarrollo y evolución de la enfermedad es una prioridad en la actualidad.¹

La etiología de la somatización y de la depresión son similares, la predisposición genética y ambiental es diferente, podría haber ciertas superposiciones en ambos factores. Se ha observado que el abuso sexual es un factor de riesgo de depresión y somatización (sobre todo en el caso de mujeres de clase social baja, con antecedentes de uso de drogas, trastornos afectivos y de ansiedad). Parece existir una relación entre la historia de abuso sexual y la necesidad frecuente de asistencia sanitaria, que es más precisa en pacientes con somatización que con depresión.¹

El presente estudio fue de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal; fue realizado en el Hospital del IEES de la ciudad de Loja-Ecuador en el período diciembre 2012 junio 2013 en el servicio de consulta externa de psiquiatría, teniendo como objetivo general determinar la relación entre el trastorno depresivo y ansiedad generalizada con la aparición de sintomatología gastrointestinal; la que fue comprobada según el resultado del test de Chi cuadrada.

La recolección de la información se obtuvo a partir del centro de cómputo de la institución, la que proporcionó las historias clínicas respectivas, así podemos resaltar el hallazgo de sintomatología somática que del total de la población con diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno Depresivo que fue de 330 personas, 80 de éstos presentaron molestias gastrointestinales.

Entre los objetivos específicos, se buscó conocer que rango de edad tenía una mayor frecuencia, encontrándose que el grupo etáreo con mayor porcentaje que presenta éstas alteraciones oscila entre los 31-40 años de edad, en lo referente a las molestias gastrointestinales podemos evidenciar que los pacientes atendidos presentaron diarrea, seguido con vómito, náusea, estreñimiento, dolor abdominal y meteorismo con menor porcentaje.

Se pudo conocer ampliamente el manejo de éstos pacientes mismo que consiste en internamiento, reposo absoluto, una dieta adecuada a las patologías subyacentes o que acompañan a la enfermedad, la sedación con Benzodiazepínicos en líquidos parenterales, conjuntamente con otros medicamentos sintomáticos en caso de ser necesario, y el uso adecuado de antidepresivos.

Es así que, la enfermedad somática enlazada a trastornos como la depresión y ansiedad cada vez cobra un porcentaje mayor en nuestra sociedad, por lo que como entes activos de la salud debemos conocer ampliamente el manejo adecuado de éstos usuarios, para poder así diferenciar si la sintomatología referida es de orden orgánico o como suele suceder en muchos casos proviene de una alteración íntegramente psicósomática.

REVISIÓN DE LITERATURA

CONTENIDOS

1. CONCEPTUALIZACIÓN	_____
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	_____
3. EPIDEMIOLOGIA	_____
4. CARACTERIZACIÓN	_____
4.1. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN	_____
5. TRASTORNO DEPRESIVO	_____
5.1. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	_____
5.2. ETIOPATOGENIA	_____
5.3. FACTORES DE RIESGO	_____
5.4. EVALUACION DEL PACIENTE	_____
5.5.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS	_____
5.6.2. TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO	_____
5.7.1. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	_____
5.7.2. PSICOTERAPIA	_____
6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	_____
6.1. GENERALIDADES	_____
6.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD	_____
6.5. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	_____
6.6.1. Antidepresivos	_____
6.7.1. Terapia cognitiva-conductual	_____

7. TRASTORNO POR DOLOR DE ORIGEN SOMÁTICO _____

7.1. DEFINICIÓN _____

7.2. PREVALENCIA _____

7.4. ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS _____

TRASTORNO PSICOSOMÁTICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN

Si no hubiese existido ninguna propuesta, ningún movimiento, ninguna teorización, sobre la importancia que los factores psíquicos pueden llegar a tener en la enfermedad general, esta sería la época en que la asfixiante medicina neopositivista que padecemos obligase a reclamar una humanización de las tareas médicas y una formación del médico acorde con el aforismo.

Los trastornos somatomorfos son entidades que no se comprenden totalmente; no se han investigado lo suficiente para entender su etiología y su fisiopatología, a pesar de que las investigaciones recientes nos dicen que la somatización es extremadamente frecuente en el contexto médico (principalmente en el primer nivel de atención) y que se ha relacionado con otros padecimientos psiquiátricos, como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, adaptativos etcétera.¹

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas, con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la antigüedad, en la época de los griegos, mente y cuerpo no eran vistos como entidades separadas. La enfermedad era explicada como consecuencia del disgusto de una deidad, como se refiere en la Ilíada de Homero, o como falta a un ritual obligatorio. Así la enfermedad era concebida con un origen divino y probablemente vinculada con creencias mágicas como la brujería. Heráclito hizo la distinción entre cuerpo y alma 500 años antes de Cristo, posteriormente, en la medicina hipocrática situada entre los siglos IV y V a.C.,

la etiología se movió de lo divino a una explicación natural con la teoría humoral.

King señala que la etiqueta de histeria fue inventada después de la era de Hipócrates. La hipocondriasis descrita desde la antigüedad, Hipócrates y Galeno mencionaban como causa un exceso de bilis negra, relacionándola con la melancolía, donde se mezclaba con la depresión, ansiedad y síntomas físicos.

Siglo XVII

Desde la antigüedad hasta la segunda mitad del siglo XVII el pensamiento occidental atribuyó la enfermedad al cuerpo, no a la mente. En la tradición cristiana el alma no podía estar enferma como se refiere a Dios y la eternidad. Sin embargo, la enfermedad podría expresarse por sí misma en lo que nosotros actualmente llamamos síntomas psicológicos, que fueron considerados por tener etiología orgánica. En el renacimiento la noción de histeria entró en el lenguaje médico en la Europa occidental como una enfermedad que sólo ocurría en mujeres y era causado, como en otras épocas, por el útero errante.¹

En 1682, Sydenhan sugirió que la histeria y la hipocondriasis eran la misma enfermedad, ocasionadas en la mujer y el hombre, respectivamente, ambas con origen en el espíritu animal. El interés en los factores sociales contribuyendo en la etiología de la enfermedad fue creciente, especialmente poco antes de la Revolución Francesa.

Siglo XVIII

En el siglo XVIII todavía se consideraba a la ansiedad y la depresión como síntomas físicos. En el concepto de enfermedad, mente y cuerpo no eran considerados como entidades separadas, y los síntomas psicológicos no tenían nombre independiente. La etiología de la hipocondriasis fue considerada como biológica, atribuida por Tissot a una alteración de la digestión.

Siglo XIX

En el siglo XIX, Henroth, un mentalista, descartó una operación independiente de la mente y consideró sus desórdenes como puramente trastornos físicos, algunos años más tarde, el también mentalista Von Feuchtersleben introdujo el término psicosis y sugirió un origen mental.²

Briquet analizó a 430 pacientes con histeria durante un periodo de 10 años y encontró que, era más frecuente en mujeres de clases sociales bajas, además de hombres y que no era causado por el útero errante. Briquet sugirió el papel del cerebro en la etiología, pero en su descripción no lo refirió a la mente, por lo que fue considerado como algo biológico. Su trabajo puede ser visto como un intento de integrar los aspectos biopsicosociales de la histeria.

La descripción de Freud de pacientes con neurosis histérica refiere manifestaciones de quejas somáticas. Con su meticulosa descripción de los pacientes, sus síntomas, la etiología de la enfermedad, creó un método descriptivo de procesos mentales no explicados antes, en sus descripciones de experiencias subjetivas, sentimientos, etc. Puso especial énfasis en que esto fuera un intento de práctica del método científico médico, por lo que su abordaje fue completamente nuevo y controversial. Inicialmente Freud pensó que los traumas psicológicos en la infancia eran etiológicos, más tarde abandonó esa teoría y propuso que los deseos jugaban un papel mayor y que las quejas somáticas podían ser el resultado de problemas mentales, esto lo llevó a la conceptualización de somatización. Freud también se enfocó sobre las circunstancias sociales, los pacientes a menudo se volvían dependientes de sus terapeutas o mostraban dificultades al tratamiento, hallazgos que lo llevaron a elaborar los conceptos de transferencia y resistencia.²

3. EPIDEMIOLOGIA

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en igual porcentaje a adolescentes y jóvenes, como también a los adultos. El número de personas entre 12 a 25 años que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia.

En el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan solo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.³

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes

4. CARACTERIZACIÓN

4.1. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

La característica principal del trastorno de somatización es la presencia de múltiples molestias físicas que no se pueden explicar por completo mediante factores físicos y que producen la demanda de asistencia médica o un deterioro funcional significativo.

El cuadro sintomático que se halla en los trastornos por somatización normalmente es inespecífico y puede solaparse con una multitud de trastornos orgánicos.

Según Cloninger, existen tres características que son básicas para diferenciar un trastorno de somatización de una patología orgánica:

1. Alteración de múltiples sistemas orgánicos.
2. Inicio precoz y curso crónico con desarrollo de signos físicos y anomalías estructurales.
3. Ausencia de las anomalías características de las pruebas de laboratorio del trastorno orgánico que se sospecha. Estas características deben tenerse en cuenta en aquellos casos cuya etiología no queda clara tras un análisis cuidadoso.³

Características específicas:

1. Antecedentes de muchos síntomas físicos (o de la idea de que se está enfermo) que comienzan antes de los 30 años, persisten durante varios años y originan una conducta de búsqueda de atención médica o un deterioro importante.
2. Una combinación de los síntomas inexplicados siguientes:
3. Cuatro síntomas dolorosos que afectan como mínimo a cuatro lugares o funciones diferentes (cabeza y cuello, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, durante las relaciones sexuales o durante la micción).
4. Dos síntomas digestivos, aparte de dolor.
5. Un síntoma sexual (inapetencia, disfunción, menstruación irregular, metrorragias excesivas, vómitos durante el embarazo).
6. Un síntoma pseudoneurológico no limitado al dolor (dificultades de equilibrio, debilidad, dificultad de deglución, afonía, retención urinaria, alucinaciones, hipoestesia, diplopía, ceguera, sordera, crisis epilépticas, disociación o pérdida de conocimiento diferente de los desmayos).

El trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza porque uno o más síntomas físicos no limitados al dolor (generalmente fatiga, anorexia o síntomas digestivos o urinarios). Los síntomas no son resultado de una enfermedad médica o son desproporcionados, no se fingen conscientemente ni se provocan de forma intencionada, la duración de los síntomas es de 6 meses o más, y no son el resultado de otro trastorno psiquiátrico asociado a síntomas físicos.

5. TRASTORNO DEPRESIVO

5.1. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.⁴

5.1.1. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

5.1.2. TRASTORNO DISTÍMICO

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión, como la depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

5.2. ETIOPATOGENIA

Factores genéticos

Por interacción compleja entre carga genética del paciente y medio ambiente; uno referido a la vulnerabilidad constitucional heredada del paciente a presentar un trastorno del estado de ánimo que interacciona con el segundo componente continuo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales.

Algunos individuos con gran predisposición genética presentan síntomas tras acontecimientos desencadenantes poco importantes; otros con vulnerabilidad genética baja presentan el trastorno con desencadenantes graves.

Trastorno de la regulación de neurotransmisores

Molécula de Serotonina. El eje serotonina dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la receptación de serotonina.

Factores ambientales

Se encuentra una relación temporal general entre acontecimientos vitales estresantes y negativos (muerte de los padres, cónyuge e hijo, pérdida de empleo cambio de status social ataques graves a la autoestima) y el episodio subsiguiente de un episodio depresivo

Interacciones cerebro ambientales

La función del cerebro es recibir los estímulos del medio ambiente para almacenarlos, integrarlos e interpretarlos, lo que proporciona la base para una respuesta adecuada conductual y cognitiva, de esta manera se da la influencia de los factores medioambientales con la función cerebral que puede ser alterada frente a un estímulo negativo.

Ritmos biológicos

Algunas personas presentan episodios depresivos en determinada estación del año (depresión invernal), de la misma forma pacientes con privación del sueño sugieren esta hipótesis

5.3. FACTORES DE RIESGO

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo la probabilidad de su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

Entre los principales encontramos a los antecedentes familiares, rasgos de personalidad neurótica, enfermedades crónicas, consumo de alcohol y tabaco, migraña en el sexo femenino, edad menor de 40 años, postparto, enfermedades endócrinas como hiper o hipotiroidismo, Diabetes Mellitus, circunstancias laborales como desempleo, discapacidad, riesgo relacionado con estrés crónico y pobreza.⁸

5.4. EVALUACION DEL PACIENTE

SINTOMAS:

Pueden dividirse en:

- a) Emocionales:** Disforia, irritabilidad, anhedonía, retraimiento social
- b) Cognitivos:** Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión
- c) Vegetativos:** Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.
- d) Rasgos psicóticos;** Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.⁵

5.5. EVALUACION DIAGNOSTICA:

El diagnóstico de la depresión es clínico estableciendo una historia médica completa. Evaluar síntomas, inicio duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además establecer trastornos depresivos en familiares.

Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar. Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage; la Escala de Depresión de Zung; el Inventario de Depresión de Beck; el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

5.5.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Se basan en 2 clasificaciones (ICD-10 y DSMV). Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
3. Disminución o aumento del peso o del apetito
4. Insomnio o hipersomnia (dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
6. Astenia (sensación de debilidad física)
7. Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
8. Disminución de la capacidad intelectual
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

5.6. CLASIFICACION

Según los criterios mencionados la depresión puede dividirse en:

5.6.1. TRASTORNO DEPRESIVO LEVE

Es frecuente, produce un síndrome crónico desagradable e incapacitante, están presentes 2 ó 3 síntomas del criterio B, sus características son las siguientes:

5.6.2. TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO

Su intensidad es moderada, están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas; e incluye las siguientes características:

Aspecto:

1. Aspecto triste.
2. Inhibición psicomotora.
3. Humor depresivo:

En la fase inicial del tratamiento es útil el contacto médico permanente con la familia.

1. Tristeza y desánimo.
2. Variación diurna: empeoramiento matutino.

3. Ansiedad, irritabilidad, agitación.
4. Falta de interés y de disfrute.
5. Reducción de la energía.
6. Falta de concentración.
7. Mala memoria subjetiva.
8. Pensamiento pesimista:
9. Pensamientos pesimistas y de culpa.
10. Ideas de fracaso personal.
11. Desesperanza.
12. Ideas suicidas.
13. Autoacusaciones.
14. Ideas hipocondriacas.
15. Síntomas biológicos:
16. Despertar precoz y otras alteraciones del sueño.
17. Pérdida de peso.
18. Disminución del apetito.
19. Reducción del deseo sexual.
20. Otros síntomas:
21. Síntomas obsesivos.
22. Despersonalización.
23. Fobias.
24. Síntomas conversivos.⁶

5.6.3. TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

Se hacen más severas las características descritas aumentando su intensidad, deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas; además de incluirse síntomas adicionales como: delirios de (minusvalía, culpa, enfermedad, pobreza, negación, persecución) y alucinaciones (auditivas y rara vez visuales).⁸

5.6.3.1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

• Existen dos versiones:

- Versión de 15: Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5 : Normal

6 - 10 : Depresión moderada

+ 10 : Depresión severa

- **Versión de 5 ítems:** Población diana: Población varón mayor de 65 años. Los ítems incluidos en esta versión son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12, y la negativa en el ítem 1.

Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

CUESTIONARIO

- | | |
|---|-------|
| 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SÍ NO |
| 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? | SÍ NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | SÍ NO |
| 4- ¿Se siente a menudo aburrido? | SÍ NO |
| 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? | SÍ NO |
| 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? | SÍ NO |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SÍ NO |
| 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? | SÍ NO |
| 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? | SÍ NO |
| 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? | SÍ NO |
| 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? | SÍ NO |

- | | |
|--|-------|
| 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? | SÍ NO |
| 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? | SÍ NO |
| 14- ¿Se siente lleno de energía? | SÍ NO |
| 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? | SÍ NO |

5.7. TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes pueden ser tratados ambulatoriamente. Las depresiones leves pueden tratarse con psicoterapia, la depresión moderada y grave requieren también de farmacoterapia.

La farmacoterapia debe mantenerse tanto como dure el episodio depresivo (6 meses). Dar consejos específicos a los pacientes y no establecer objetivos inalcanzables.

5.7.1. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Se recomienda los ISRS como tratamiento de 1ª elección en el tratamiento de la depresión mayor. Para seleccionar uno concreto debe guiarse más por los efectos adversos que por su eficacia. Frente a un paciente sin mejora con farmacoterapia inicial, revisar el diagnóstico, verificar cumplimiento y toma en dosis y horarios establecidos. Si a la 3ª o 4ª semana no hay mejoría modificar el tratamiento. No se recomienda incrementar dosis de ISRS si no hay respuesta a las tres semanas.

En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. En pacientes con más de 2 episodios previos el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.

El tratamiento de una depresión recurrente es el mismo que en un episodio aislado. Las recidivas se producen en el 30- 80% de los pacientes que deben recibir tratamiento de larga duración (incluso por el resto de su vida) La dosis durante la fase de mantenimiento es similar a la que consiguió la remisión.⁸⁾

5.7.2. PSICOTERAPIA

Su objetivo es mejorar los recursos para desenvolverse y aumentar la mejoría conseguida con la medicación. En las formas leves de depresión (a corto plazo 6-8 sesiones por 10-12 semanas), son eficaces la psicoterapia individual breve (centrada en lo interpersonal) o la terapia cognitivo-conductual TCC (individual o de grupo) sola. En la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses. (5-8).⁷

OTROS TRATAMIENTOS:

5.7.3. Hospitalización

Las ideas suicidas persistentes (sobre todo si falta apoyo familiar), así como la presencia de estupor, depresión agitada-delirante, debilidad física y enfermedad cardiovascular grave concomitante, requieren hospitalización y, a menudo, terapia por electrochoque.

5.7.4. Terapia electroconvulsiva (TEC)

Utilizada en el Trastorno depresivo grave y depresión resistente, su efecto antidepresivo es más rápido y más eficaz al cabo de 4 semanas (6 a 10 sesiones) con un promedio de 70% de mejoría. Su tasa de mortalidad es de 4 casos por 100000 tratamientos.

Existen tres variables fundamentales en la aplicación de la terapia electroconvulsiva: la colocación de electrodos, la duración de la estimulación y las propiedades electrofísicas de la estimulación. Por lo general se utiliza clínicamente cuando no hay respuesta satisfactoria al tratamiento con psicofármacos. Sin embargo, para al menos la mitad de las personas que reciben terapia electroconvulsiva, los beneficios son solamente temporales.

La ECT es un tratamiento efectivo, las mediciones en el EEG de las ondas deltas del cerebro muestran que, después de los picos iniciales de la convulsión, las ondas cerebrales se desaceleran hasta una frecuencia reducida, similar a la observada durante el sueño. A nivel celular, los estudios han señalado que la ECT incrementa significativamente la sensibilidad pos-

sináptica de los receptores de serotonina, uno de los más importantes sistemas de neurotransmisores en la enfermedad depresiva. Los estudios también han encontrado que la ECT incrementa la sensibilidad de los receptores de serotonina en la parte del cerebro del hipocampo, provocando una aumentada liberación de los neurotransmisores glutamato y ácido gamma-aminobutírico.

Mientras tanto, la ECT debilita los receptores en el ciclo de retroalimentación negativa de noradrenalina y dopamina, incrementando por tanto sus niveles en la sangre. Finalmente, en el 2006 Bocchio-Chiavetto y otros encontraron que la ECT incrementa los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC) en la sangre de pacientes severamente deprimidos. El FNDC es un factor de crecimiento nervioso que promueve la supervivencia y crecimiento de neuronas nuevas, especialmente en las áreas del cerebro que controlan la memoria a largo plazo.

5.7.5. Autoayuda guiada

Incluye el uso de materiales escritos (biblioterapia), programas informáticos o material grabado en audio/vídeo, con el fin de modificar actitudes y comportamiento.

5.7.6. Ejercicio físico

El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue mejorar su autoestima y lo que favorece su relación con el entorno. Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas podría mejorar los síntomas depresivos

5.7.7. Terapia Naturista

La hierba de San Juan o hypericum perforatum: existe incertidumbre acerca de la dosis apropiada, y pueden aparecer complicaciones en su uso por la variación en la naturaleza de los preparados existentes y las potenciales interacciones con otros fármacos.

Guaraná: es la planta con más contenido de cafeína, sus efectos se relatan desde tiempos ancestrales, nativa de la amazonia, El guaraná contiene de 2 a 5 veces más cafeína que el propio café, junto con otros principios activos como teofilina, teobromina, xantinas, guaranina, colina y taninos. Actúa sobre el sistema nervioso central, con mayor eficacia que el café, incrementando el tono vital y los estados de alerta en quien lo toma, y disminuyendo la sensación de astenia y la fatiga nerviosa.

Jugo de Noni

El Noni es una planta medicinal que posee la mayor capacidad de unirse a la serotonina, para el tratamiento de trastornos emocionales y migrañas. El Noni ayuda a estabilizar los trastornos de ánimo como la Depresión (cuando se baja excesivamente el estado de ánimo) e Hipomanía (cuando se eleva excesivamente el estado de ánimo).

La Kava

Esta es una planta oriunda de la Polinesia que ha adquirido fama por sus propiedades calmantes. Su mayor efectividad en cuanto a la depresión parece ser en casos en que ésta va acompañada de ansiedad.

Hierbaluisa

Tiene acción sedante suave, y además alivia malestares abdominales producidos por situaciones de estrés o presión. Su efecto tónico es más suave que el de la melisa, pero también ayuda a levantar el ánimo. La infusión se prepara utilizando una cucharada sopera de hojas por cada taza de agua. Se debe hervir durante algunos minutos, colar y tomar una taza mediana dos o tres veces al día

5.7.8 Tratamiento experimental

Puede ser una alternativa en casos muy refractarios. (antidepresivos a dosis muy altas, asociación con pindolol, combinaciones con anticomociales, estrógenos, precursores de la serotonina o agentes dopaminérgicos).

Tratamientos como la fotoestimulación o la privación de sueño. Terapias somáticas como la estimulación magnética transcraneal (EMT), la estimulación del nervio vago o la psicocirugía. Se recomienda investigación para utilización de uso externo.

5. 8. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

5.8.1 Prevención Primaria

Trata de evitar nuevos casos de depresión, Podemos incluir varios tipos de intervenciones:

Intervenciones universales

El fortalecer e intensificar los factores de protección en la población reduce la sintomatología depresiva. Ejemplo:

Los programas escolares basados técnicas cognitivas, en técnicas de resolución de problemas y habilidades sociales en niños y adolescentes y los programas que fomentan la realización de ejercicio en personas mayores, ya que tiene importantes beneficios físicos y psicológicos

Intervenciones selectivas

Las intervenciones dirigidas a personas que sufren acontecimientos vitales mayores han demostrado ser efectivas, como los programas dirigidos a niños que sufren la muerte de uno de los padres o el divorcio. Las intervenciones sobre niños y adolescentes de padres con depresión puede ser una prometedora estrategia

Intervenciones indicadas

Los programas dirigidos a aquellas personas con elevados niveles de síntomas depresivos pero que no cumplen criterios de trastorno depresivo, muestran gran eficacia en reducir los altos niveles de síntomas depresivos y en prevenir episodios depresivos.

5.8.2.- Prevención Secundaria

Busca reducir la prevalencia de la depresión a través de la detección precoz y tratamiento de los trastornos depresivos. Se recomienda screening en adultos en Atención Primaria si tienen acceso a seguimiento y tratamiento adecuado.

5.8.3.- Prevención Terciaria

Incluye intervenciones que reducen la incapacidad, fomentan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad, así como las complicaciones. Prevención del suicidio. El suicidio es la más temida y trágica complicación de la depresión. En el 2002 se estima que 877.000 vidas se perdieron en el mundo como causa del suicidio. La depresión es el trastorno psíquico con más riesgo de suicidio⁷

6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

6.1. GENERALIDADES

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido.

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (American Psychiatric Association, 1994/1995; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a

preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997). Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece aquí especialmente importante.⁷

Los síntomas autónomos no parecen ser tan frecuentes en el TAG como en otros trastornos de ansiedad; en cambio, los pacientes con TAG informan de más activación del sistema nervioso central. La tensión muscular es el síntoma somático más característico del TAG – 5 TAG, mientras que hay un cierto grado de inhibición simpática y de falta de variabilidad autónoma. Este sustrato fisiológico tiene sentido si se piensa que los estímulos temidos en el TAG tienen menos que ver con una amenaza presente que requiere evitación motora y más con pensamientos sobre una amenaza futura sin sitio donde correr y nada con qué luchar.

El TAG requiere que la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos produzcan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. El TAG interfiere mucho en la vida de los pacientes, les empuja a buscar ayuda profesional, especialmente médica, y/o les lleva a tomar medicación.

Síntomas autónomos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación), relacionados con pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal (estómago revuelto).

Relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir

Síntomas generales: sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión, o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

6.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: Trastornos físicos y Trastornos mentales.

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

1. Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
2. Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
3. Trastornos respiratorios (asma),
4. Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
5. Trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante. Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

1. Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),

2. Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína)
3. La adicción a los psicofármacos es un problema grave y cada vez más frecuente. Hay diferentes tipos de psicofármacos, pero los tranquilizantes (como los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos) generan más problemas de abuso que cualquier otro. Existen una distinción entre **tranquilizantes, mayores y menores**; los primeros se utilizan para tratamientos psiquiátricos, mientras que entre los segundos figuran **los barbitúricos (somníferos) y las benzodiacepinas**, son de uso muy extendido, y en demasiados casos, indiscriminado.
4. Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
5. Trastornos del sueño,
6. Trastornos sexuales,
7. Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
8. Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)⁹

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos. Para su diagnóstico se recurre a la DSM-V TR, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana.

1. Agorafobia
2. Trastorno de angustia sin agorafobia
3. Trastorno de angustia con agorafobia
4. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
5. Fobia específica
6. Fobia social
7. Trastorno obsesivo-compulsivo
8. Trastorno por estrés postraumático
9. Trastorno por estrés agudo
10. Trastorno de ansiedad generalizada

11. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-V TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

6.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS ATAQUES DE PÁNICO

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones ⁹

6. 4. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AGORAFOBIA

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer

una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Estas situaciones se evitan (se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

6.5. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: Inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco,

irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.¹⁰

6. 6. TRATAMIENTO

La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia.

Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

6.6.1. Antidepresivos

Los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que ocurran una serie de cambios; usualmente toma entre 4 y 6 semanas para que los síntomas comiencen a desaparecer. Es importante continuar tomando estos medicamentos durante suficiente tiempo para permitirles que funcionen.

6.6.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Algunos de los más recientes antidepresivos se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Los ISRSs alteran los niveles del neurotransmisor serotonina en el cerebro, el cual, al igual que otros neurotransmisores, ayuda a las células del cerebro a comunicarse entre sí.

Fluoxetina (Prozac®), sertralina (Zoloft®), escitalopram (Lexapro®), paroxetina (Paxil®), y citalopram (Celexa®) son algunos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que se prescriben usualmente para el trastorno de pánico, TOC, TEPT, y la fobia social. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también se usan para el tratamiento del trastorno de pánico cuando éste ocurre en combinación con TOC, fobia social, o depresión. Venlafaxina (Effexor®), un medicamento estrechamente relacionado con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se utiliza para el tratamiento del TAG. Estas medicaciones se inician con dosis bajas y se aumentan gradualmente hasta lograr un efecto benéfico.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina producen menos efectos secundarios que los antidepresivos antiguos, pero en ocasiones producen un poco de náuseas o nerviosismo cuando las personas comienzan a tomarlos. Estos síntomas desaparecen con el tiempo. Algunas personas también experimentan disfunción sexual con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, lo cual se puede corregir ajustando la dosis o cambiando por otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.¹⁰

6.6.3. Tricíclicos

Los tricíclicos son más antiguos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y funcionan tan bien como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para los trastornos de ansiedad con excepción al TOC. También se inician con dosis bajas que gradualmente se aumentan. Éstos ocasionalmente producen mareos, sueño, sequedad en la boca, y aumento de peso, lo cual usualmente se puede corregir cambiando la dosis o cambiando a otro tricíclico.

Los tricíclicos incluyen la imipramina (Tofranil®), la cual se prescribe para el trastorno de pánico y el TAG y la clomipramina (Anafranil®), la cual es el único antidepresivo tricíclico útil para el tratamiento del TOC.

6.6.4. Los inhibidores de la monoamino oxidasa

Los inhibidores de la monoamino oxidasa son la clase más antigua de medicamentos antidepresivos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa que se prescriben con mayor frecuencia para trastornos de ansiedad son la fenelzina (Nardil®), seguido por la tranilcipromina (Parnate®), y elisocarboxazid (Marplan®), los cuales son utilizados para el tratamiento del trastorno de pánico y la fobia social. Las personas que toman inhibidores de la monoamino oxidasa no pueden comer ciertos alimentos y bebidas (incluyendo queso y vino tinto) que contengan tiramina, ni pueden tomar ciertos medicamentos, incluyendo algunos tipos de píldoras anticonceptivas, analgésicos narcóticos como Fentanil (Duragesic®) y Tramadol+Paracetamol (Zaldiar®).

6.6.5. Bloqueadores beta

Los bloqueadores beta, tales como el propranolol (Inderal®), que se utiliza para enfermedad cardíacas, pueden prevenir los síntomas físicos que se presentan con ciertos trastornos de ansiedad, particularmente con la fobia social. Cuando se puede predecir una situación de miedo (tal como dar una conferencia), un médico puede prescribir un bloqueador beta para mantener bajo control los síntomas físicos de la ansiedad. Todo esto previo a la realización de electrocardiograma y la respectiva valoración cardiológica.

6.7. Psicoterapia

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

6.7.1. Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

La terapia cognitiva-conductual puede ayudar a las personas que sufren de trastorno de pánico a aprender que sus ataques de pánico no son en realidad ataques cardiacos y puede ayudar a las personas con fobia social a aprender a sobreponerse a la creencia de que las demás personas las están observando y juzgando constantemente. Cuando las personas están listas para enfrentar sus miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.¹⁰

7. TRASTORNO POR DOLOR DE ORIGEN SOMÁTICO

7.1. DEFINICIÓN

El dolor es el foco predominante de la atención clínica (aguda o crónica). Se considera que los factores psicológicos desempeñan una función en la experiencia del dolor del paciente y en el comportamiento de la búsqueda de tratamiento. Los síntomas dolorosos no son fingidos ni se han notificado erróneamente o provocados de forma intencionada.

Hay dos subtipos:

El Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos, en el que se cree que los trastornos médicos identificables desempeñan una función escasa o nula en el inicio, intensidad o persistencia del dolor. Y el Trastorno por dolor asociado a

factores psicológicos y una enfermedad médica general, en el que intervienen ambos factores y el dolor es desproporcionado respecto a lo que cabría esperar de la enfermedad médica aislada.

7.2. PREVALENCIA

Los síntomas y trastornos dolorosos son extremadamente frecuentes en la práctica médica general y psiquiátrica. Se asocian con frecuencia a una dependencia iatrógena de opioides y benzodiazepinas. El dolor crónico se asocia a menudo a síntomas depresivos.

Las enfermedades psicósomáticas más frecuentes se presentan en forma de Gastritis, dolores en el cuello, cefalea, dolor en la espalda, dolor de cabeza, problemas en la piel y muchas otras dolencias que por lo general son tratadas en forma aislada.

Este tipo de enfermedades llamadas psicósomáticas se producen como reacciones del propio organismo ante factores estresantes a nivel emocional que no podemos comprender o manifestar en forma adecuada.

Las Gastritis, síndrome del colon irritable y varios tipos de trastornos digestivos suelen ser enfermedades psicósomáticas como consecuencia de “digerir” problemas.

7.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesaria una evaluación médica completa de los síntomas dolorosos antes de llegar a un diagnóstico de trastorno por dolor de origen psicológico.

El trastorno por somatización asocia la presencia de síntomas dolorosos con síntomas pseudoneurológicos y otros síntomas no dolorosos. El trastorno de conversión se caracteriza por una pérdida de funcionalidad en lugar de por dolor.

La hipocondría afecta a la experiencia del dolor, pero son la interpretación errónea y la preocupación acerca de la importancia diagnóstica de los síntomas dolorosos las que la definen. Los síntomas dolorosos pueden formar parte de trastornos facticios y por simulación, estos pacientes representan

erróneamente sus síntomas de manera intencionada y describen también erróneamente sus antecedentes de enfermedades médicas subyacentes (es posible identificar además una ganancia secundaria).¹¹

7.4. ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

Aparato digestivo: Úlcera gastroduodenal y Colitis ulcerosa.

Aparato respiratorio: Asma, Alergia respiratoria, Síndrome de hiperventilación., Síndrome de retención respiratoria, Rinitis vasomotora.

Piel: Eczema, Psoriasis, Acné., Hiperhidrosis., Alopecias.

Aparato cardiovascular: Hipertensión arterial, Síndromes angoroides (molestias precordiales), enfermedades coronarias, Arritmias cardíacas.

Enfermedades ginecológicas: Síndrome de Tensión Premenstrual, Dismenorrea (regla dolorosa), Trastornos menopáusicos.

Disfunciones sexuales: Impotencia, Frigidez, Vaginismo.

Enfermedades del sistema endocrino: Obesidad.

7. 4. TRATAMIENTO

1. Identificar y tratar todos los factores médicos identificables que contribuyen a los síntomas dolorosos.
2. El objetivo del tratamiento es el control en lugar de la curación franca.
3. Las unidades de dolor crónico con un enfoque multidisciplinario suelen resultar útiles y demuestran al paciente que están tomándose en serio sus síntomas.
4. Las estrategias conductuales que buscan la aceptación de un cierto grado de dolor y el objetivo de optimización de la función a pesar de un dolor residual son las más satisfactorias.
5. Los contratos terapéuticos en los que se explica minuciosamente la prescripción y el uso de opiáceos y benzodiacepinas ayudan a reducir al mínimo los problemas de dependencia iatrógena.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente fue un estudio cuali-cuantitativo-descriptivo, de tipo Prospectivo y corte transversal. El Área de estudio del presente trabajo investigativo se lo realizó en el servicio de consulta externa de psiquiatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" de la ciudad de Loja-Ecuador, ubicado en las calles Ibarra entre Tarqui y Santo Domingo de los Colorados, en el barrio Gran Colombia, Parroquia El Valle, en el período diciembre 2012-junio 2013.

Los métodos aplicados en la investigación fueron el método deductivo e inductivo y la técnica de revisión de la historia clínica de los pacientes.

UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo en el período diciembre 2012-junio 2013 que fue de 330 pacientes.

MUESTRA

Pacientes que presentaron trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo en el período diciembre 2012-junio 2013, más molestias gastrointestinales que fueron 80 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo con síntomas gastrointestinales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con otros síntomas no gastrointestinales

PROCEDIMIENTOS

En los procedimientos que fueron utilizados para la recolección de datos fue en primer lugar la autorización respectiva por parte del Director del Hospital IESS Loja, luego se procedió a la recolección de información en base al instrumento elaborado, que constituyó una hoja de recolección de datos, que concentraban información clave para la posterior tabulación. (Anexo 2)

Los datos fueron concentrados en tablas y barras respectivamente, para establecer las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Para establecer la relación entre depresión y trastorno de ansiedad generalizada, se utilizó la fórmula de prueba de Chi cuadrada.

Fórmula de Chi cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

RESULTADOS

TITULO: RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE DEPRESIVO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA CON APARICIÓN DE SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL.

TABLA N°1

VARIABLES	O	E	O - E	(O - E) ²	(O - E) ² /E
Pacientes CON sintomatología gastrointestinal y ansiedad	38	23.8	14.2	202.8	8.54
Pacientes CON sintomatología gastrointestinal y depresión	42	56.2	-14.2	202.8	3.61
Pacientes SIN sintomatología gastrointestinal y ansiedad	60	74.2	-14.2	202.8	2.73
Pacientes SIN sintomatología gastrointestinal y depresión	190	175.8	14.2	202.8	1.15
				$\Sigma =$ $O+E^2/E$	16.03

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

INTERPRETACIÓN

Las variables del trastorno depresivo y ansiedad generalizada según el resultado del test de Chi cuadrada tienen relación con la sintomatología gastrointestinal y ésta es de 16.03.

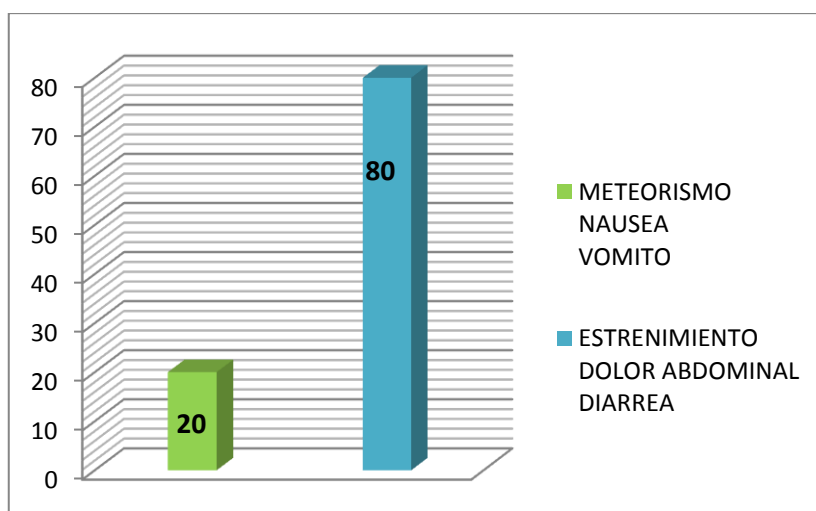
TITULO: SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA Y EVOLUCIÓN PRESENTADAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUATRIA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013 CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA MÁS SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL

TABLA N°2

EVOLUCIÓN	SINTOMATOLOGÍA	FRECUENCIA	%
AGUDAS	METEORISMO NAUSEA VOMITO	16	20
CRONICAS	ESTRENIMIENTO DOLOR ABDOMINAL DIARREA	64	80
	TOTAL	80	100

Fuente: Hoja de recolección de datos
 Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

GRÁFICO N°2



Fuente: Hoja de recolección de datos
 Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

INTERPRETACIÓN

En lo referente a las molestias gastrointestinales podemos evidenciar que el 20% de la población en estudio presentó meteorismo, náusea, y vómito con una evolución aguda, mientras que el 80% estreñimiento, dolor abdominal y diarrea de presentación crónica.

TITULO: DISTRIBUCIÓN DE CRUPOS ETÁREOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUATRIA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013 CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA MÁS SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL.

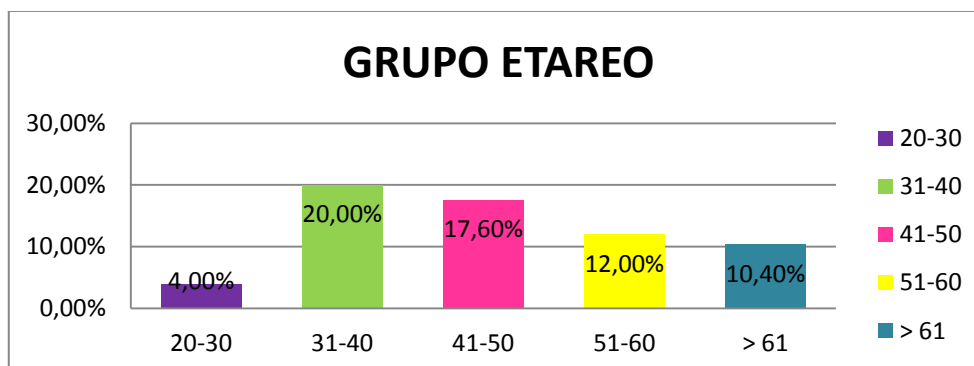
TABLA N°3

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30 años	5	4%
31-40 años	25	20%
41-50 años	22	17.60%
51-60 años	15	12%
>61 años	13	10.40%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

GRÁFICO N°3



Fuente: Hoja de recolección de datos

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la información recolectada podemos constatar que el grupo etáreo con mayor frecuencia de presentar éstas alteraciones oscila entre los 31-40 años de edad representando el 20%, en segundo lugar las personas que se encuentran entre los 41-50 años, con menor porcentaje en un 12% entre los 51-60 años de edad, y con porcentajes menores pacientes mayores a 61 años, y entre los 20-30 años de edad.

TITULO: MANEJO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUATRIA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2012-JUNIO 2013 CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA MÁS SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL

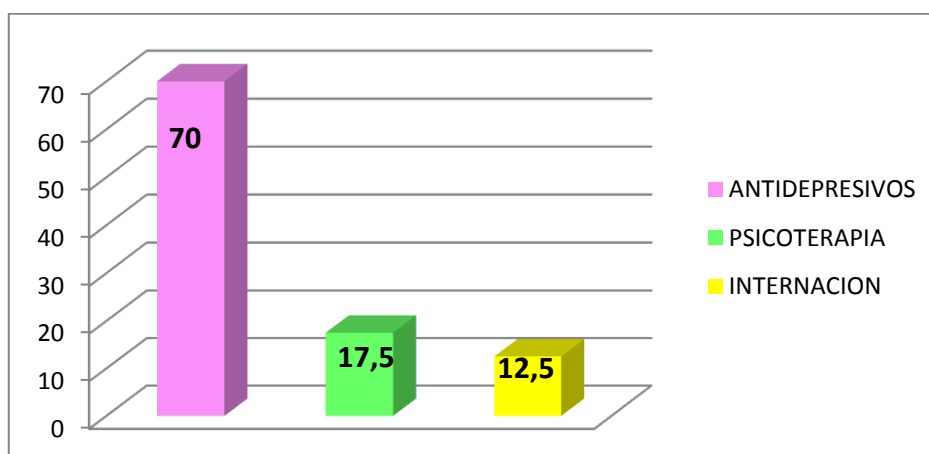
TABLA N°4

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
ANTIDEPRESIVOS	56	70
PSICOTERAPIA	14	17.5
INTERNACION	10	12.5
TOTAL	80	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

GRAFICO N°4



Fuente: Hoja de recolección de datos

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

INTERPRETACIÓN

El 70% de los pacientes es manejado con antidepresivos, el 17.5% recibe psicoterapia mientras que el 12.5% de los pacientes requiere internación para su tratamiento.

- **OBJETIVO: PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES Y LA RESILIENCIA EN EL GRUPO DE ESTUDIO DEL PRESENTE TRABAJO.**

Es importante promover conductas saludables en nuestra población, y como un objetivo de la presente investigación me permitió realizar un Tríptico que fue entregado a los pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, con el propósito de informar sobre señales de alarma de la Depresión y la forma más adecuada para combatirla.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación sobre los pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión más ansiedad generalizada, que presentaron sintomatología gastrointestinal durante el periodo diciembre 2012-junio 2013, son similares a estudios que se han realizado en lo referente a la enfermedad psicosomática.

La relación de presentación de molestias gastrointestinales en un estudio realizado en Buenos Aires Argentina en los centros de atención primaria en el año 2010 reflejó los siguientes resultados. (Véase cuadro N°1)

Los estudios demuestran que el porcentaje de aparición de síntomas digestivos en la ciudad de Buenos Aires fue del 7,6%, lo que concuerda en nuestra investigación en donde también se demuestra ésta relación.

En otro estudio realizado en la población española podemos evidenciar que la presentación de sintomatología gastrointestinal en los trastornos depresivo y de ansiedad generalizada es de alrededor del 37.1% lo que refleja porcentajes considerables en los pacientes estudiados, el mismo que también se refleja con el 24.24% que se obtuvo en la presente investigación. (Véase cuadro N°2)

El género en el que predominan éste tipo de patologías en un estudio realizado en Chile en marzo del 2010 sobre Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar muestran los siguientes resultados en comparación a los obtenidos en la presente investigación (Véase cuadro N°3)

Así también, en ambos resultados podemos evidenciar que éste tipo de alteraciones son más frecuentes en el género femenino, así como lo reflejan estudios a nivel mundial donde se evidencia que la mujer es mucho más susceptible a padecer enfermedades de orden psicosomático, por los altos niveles de estrés a los que está sometida debido a su amplia inserción laboral en la actualidad.

En un estudio clínico llevado a cabo en Centro IMA en el 2009 (384 casos) en Capital Mexicana, corroboramos la mayor prevalencia de estos trastornos (tomados en conjunto) en el sexo femenino. (Véase cuadro N°4)

En lo correspondiente a las ocupaciones de los pacientes atendidos en el estudio realizado en Chile podemos evidenciar los siguientes resultados.

Entre las ocupaciones podemos citar al quehacer doméstico el mismo que tiene un porcentaje del 12.50% en la presente investigación, y del 88,3% en el estudio realizado en Chile, esto orientado hacia la importancia que conlleva el ejecutar actividades que puedan originar ansiedad en las usuarias sobretodo en las mujeres. Así también otro tipo de actividades como comerciantes o incluso médicos quienes están sometidos a altos niveles de exigencia. (Véase cuadro N°5)

Según los datos encontrados en Chile en lo que corresponde al estado civil la variable de casado corresponde al 71,9 %, un porcentaje elevado que a su vez concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio donde esta variable corresponde al 50%. (Véase cuadro N°6)

En relación a la evolución de la sintomatología esta en un estudio español del 2009 demostró que las molestias digestivas tenían una aparición crónica en los paciente que corresponde a un 59%, mientras que en el presente estudio esta variable corresponde al 80%, siendo ambos porcentajes representativos ya que éstos pacientes se caracterizan por la larga evolución de sus síntomas que pese a tratamientos no ceden.

Entre los síntomas más frecuentes que se pudo obtener en el estudio en el IESS se encuentran los siguientes resultados (Véase cuadro N°7)

En comparación a estudios realizados en Uruguay donde la distención abdominal corresponde al 50%, seguido de diarrea con el 23% y con el 17% la intolerancia a ciertos alimentos, lo que nos demuestra la influencia directa del trastorno depresivo y TAG para la aparición de éste tipo de molestias gastrointestinales. ¹¹

Así la función del intestino de eliminación determina su implicación en los patrones psicofisiológicos de eliminación y retención, y el conflicto entre la función fisiológica y las demandas sociales e interpersonales del control del intestino y la limpieza determina su papel en los trastornos psicógenos.

En la ansiedad aguda puede haber movimientos peristálticos periódicos, algunas veces con calambres y diarrea. La constipación es una afección concomitante simple mucho menos frecuente, y acompaña ocasionalmente sentimientos agudos de tristeza, desánimo y depresión.

En un estudio realizado en la Universidad de México en lo referente al manejo y seguimiento de los pacientes que padecen depresión, se determinó que aproximadamente al 86% se prescribía antidepresivos, en relación a los resultados del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, en donde el 70% de los pacientes se manejó exclusivamente con antidepresivos, se menciona además el empleo de la psicoterapia es fundamental en pacientes y que aproximadamente corresponde al 14%, porcentaje similar al obtenido en el presente estudio que es de 17.5%.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada con la aparición de síntomas gastrointestinales.
2. Las molestias gastrointestinales podemos evidenciar que el 20% de la población en estudio presentó meteorismo, náusea, y vómito con una evolución aguda, mientras que el 80% estreñimiento, dolor abdominal y diarrea de presentación crónica.
3. El grupo etáreo con mayor frecuencia de presentar éstas alteraciones oscila entre los 31-40 años de edad representando el 20%.
4. El 70% de los pacientes es manejado con antidepresivos, el 17.5% recibe psicoterapia mientras que el 12.5% de los pacientes requiere internación para su tratamiento.
5. El manejo de los pacientes con ésta sintomatología en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IEES Loja, servicio de Psiquiatría está integrado por:
 - Internamiento
 - Reposo absoluto
 - Dieta adecuada a las patologías subyacentes o que acompañan a la enfermedad
 - Sedación con Benzodiazepínicos (Diazepam) y Midazolam en líquidos parenterales, conjuntamente con otros medicamentos sintomáticos en caso de ser necesario.
 - **ANTIDEPRESIVOS:** Estos medicamentos por los síntomas indeseables o secundarios que suelen presentarse en los primeros días de administración de éstos fármacos, se hace propicio su control e inicio del tratamiento los medicamentos que hemos utilizado en el IEES son los siguientes:

- Venlafaxina 75mg, Sertralina en tabletas de 50 y 100mg, Paroxetina 20mg, Mirtazatina 30mg y Amitriptilina 25 mg y 125 mg.
- En ambulatorio se suele indicar el antidepresivo con sus miligramos correspondientes, acompañado en ocasiones de tranquilizantes o multivitamínicos.
- Psicoterapia luego de que el enfermo éste sin síntomas.

RECOMENDACIONES

- 1.** Realizar la evaluación completa a los pacientes, sus antecedentes e identificación de posibles factores de riesgo que podrían llevar a la presentación de estas patologías.
- 2.** Diferenciación oportuna de la sintomatología psicósomática de la orgánica, para establecer el manejo adecuado.
- 3.** Es importante conservar la calidez en la atención a las y los usuarios en los centros de salud ya que ello favorece al establecimiento de un diagnóstico oportuno.
- 4.** Fomentar hábitos saludables de vida en los pacientes como la práctica de deportes y actividades que permitan la relajación.
- 5.** Conocer el manejo de los pacientes con éstas alteraciones así como la vigilancia en cuanto a su evolución.
- 6.** Profundizar sobre patologías psicósomáticas que en la actualidad son muy comunes en la sociedad.
- 7.** Fomentar la psicoterapia en pacientes con diagnóstico de los trastornos de depresión y ansiedad generalizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano, Victoria (2009). Nuevas aportaciones a la medicina psicosomática: Historia del pensamiento psicosomático. Málaga: Imagraf Impresoes, S.A.
2. Basdos, Arturo. Trastorno de Ansiedad Generalizada, capítulo I [internet] 2005 [consultado el 26 de mayo del 2013] disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>.
3. OMS. La depresión como una enfermedad frecuente, [internet] 2005 [consultado el 27 de mayo del 2013] disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
4. Sudupe, Jesús. Depresión. [internet] 2009 [consultado el 26 de mayo del 2013] disponible en <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>.
5. Lizondo, Giovana. Depresión. [internet] 2009 [consultado el 26 de mayo del 2013] disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf.
6. NHI. Trastorno de ansiedad generalizada, [internet] 2009 [consultado el 30 de mayo del 2013] disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-dansiedad/index.shtml>
7. Pedreira y Cols, J.L. Los trastornos psicosomaticos en la infancia y la adolescencia, [internet] 2011 [consultado el 01 de junio del 2013] disponible en <http://es.salut.conecta.it/pdf/pedreira/psicosomaticos.pdf>.

8. Enfermedades Psicosomáticas, [internet] 2010 [consultado el 01 de junio del 2013] disponible en <http://www.proyectopv.org/2-verdad/enfermpsicpsic.htm>.
9. Clínica de la Ansiedad, Tratamiento psicológico de la Ansiedad Generalizada, [internet] 2011 [consultado el 01 de junio del 2013] disponible en <http://www.clinicadeansiedad.com/02/70/Tratamiento-psicologico-de-la-Ansiedad-Generalizada.htm>
10. Cornella. J. Trastornos Psicosomáticos, [internet] 2009 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Tratornos_p_sicosomaticos.pdf.
11. WFMH. Depresión una crisis global, [internet] 2010 [actualizado 15 Feb 2012; consultado el 02 de junio del 2013]. disponible en <http://www.wfmh.org/.pdf>.
12. Thompson, Karla. Guía práctica de Depresión y Discapacidad. [internet] 2010 [actualizado 17 Feb 2011; consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://projects.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/depressionsp.pdf>.
13. ECUARED. Trastornos psicosomáticos. [internet] 2010 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en http://www.ecured.cu/index.php/Enfermedades_psicosom%C3%A1ticas.
14. Baldwin, D. Tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada, [internet] 2010 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74590>.
15. Rodríguez, Guillermo. Trastorno Somatomorfo, [internet] 2011 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en

<http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2011-2012/trastornos-somatomorfos.pdf>

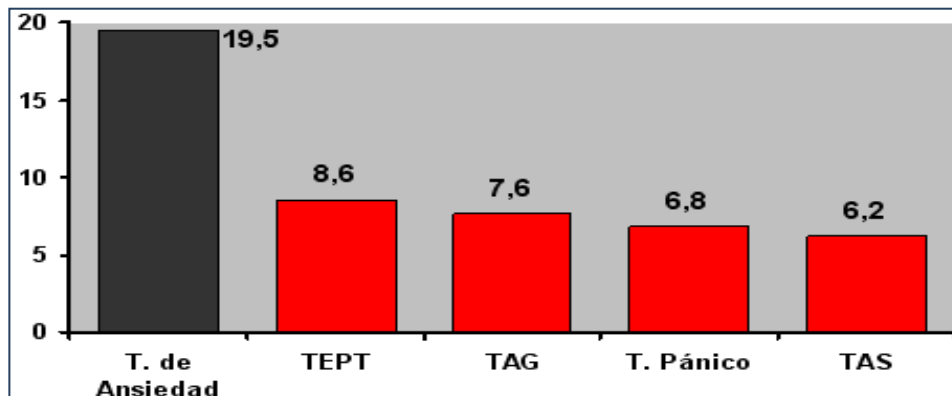
16. Hernández, Raúl. Enfermedades Psicosomáticas, [internet] 2011 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://es.slideshare.net/romana/clase-11-12-enfermedades-psicosomaticos>.
17. Reyes, Fernando. Personalidad y Salud: Enfermedades Psicosomáticas, [internet] 2009 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en [http://www.webjam.com/psigeneral/tema22/\\$psicologia_general/2009/06/02/enfermedades_psicosomaticas](http://www.webjam.com/psigeneral/tema22/$psicologia_general/2009/06/02/enfermedades_psicosomaticas).
18. Fischbein, Eduardo. La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas, [internet] 2009 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012000fischbein.pdf>.
19. OMS. Depresión. [internet] 2009 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
20. PSYCH. Trastorno bipolar (Maníaco depresivo, [internet] 2009 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en <http://www.sepsiq.org/file/Royal/TRASTORNO%20BIPOLAR.pdf>
21. Guías Diagnósticas de Salud Mental: Trastornos somatomorfos, [internet] 2008 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud_mental/3trastornos_somatomorfos.pdf.

22. Vidal, Alarcon (2007), Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría: Angustia y Ansiedad. Madrid, Editorial: Médico panamericana.
23. DWIGHT, Evans (2011), Guía para el Médico: Depresión y Trastornos Bipolares. Madrid, McGraw-Hill: Interamericana S.A.
24. Franz, Alexander, Psiquiatría dinámica: Psiquiatría, psicopatología y psicósomática. Buenos Aires, Editorial: Paidós.
25. Herri, EY. Bernard-CH. Brisset (2008), Tratado de Psiquiatría: Medicina psicósomática. Francia, Toray-Masson S.A.
26. Freedman, Alfred M, Compendio de Psiquiatría: Trastornos psicofisiológicos. Buenos Aires, Salvat- Editores.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUADRO N° 1



Fuente: Centros de Atención primaria en el año 2010. Buenos Aires Argentina

CUADRO N°2

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA DSM-III-R DEL TRASTORNO POR SOMATIZACION EN POBLACION ESPAÑOLA	
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ASOCIADO	PORCENTAJE
DISTIMIA	40%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	25.7%
TRASTORNO POR ANGUSTIA	22.8%
ABUSO DE ANALGÉSICOS	20%
AGORAFOBIA	17.1%
DEPRESIÓN MAYOR	5.7%

DEPRESIÓN ESPECIFICADA	NO	5.7%
OTROS		14.2%

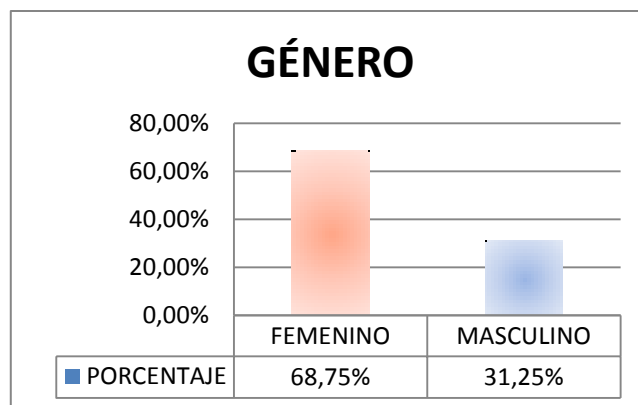
Fuente: Guías Diagnósticas de Salud Mental: Trastornos somatomorfos, [internet] 2008 [consultado el 02 de junio del 2013] disponible en http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud_mental/3trastornos_somatomo_rfos.pdf

CUADRO N°3

Tabla 1. Características psicosociales de los pacientes con trastornos somatomorfos

Variable		f	%
Sexo	Mujer	124	96,9
	Hombre	4	3,1

Fuente: Lizondo, Giovana. Depresión. [internet] 2009 [consultado el 26 de mayo del 2013] disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf



Fuente: Centro de Cómputo del Hospital IESS Loja

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

CUADRO N°4



Fuente: Herri, EY. Bernard-CH. Brisset (2008), Tratado de Psiquiatría: Medicina psicósomática. Francia, Toray-Masson S.A.

CUADRO N°5

CHILE

Ocupación	Dueña de casa	113	88,3
	Asesora del hogar	5	3,9
	Técnico	2	1,6
	Actividad no calificada	6	4,6
	Cesante	2	1,6

Fuente: Herri, EY. Bernard-CH. Brisset (2008), Tratado de Psiquiatría: Medicina psicósomática. Francia, Toray-Masson S.A.

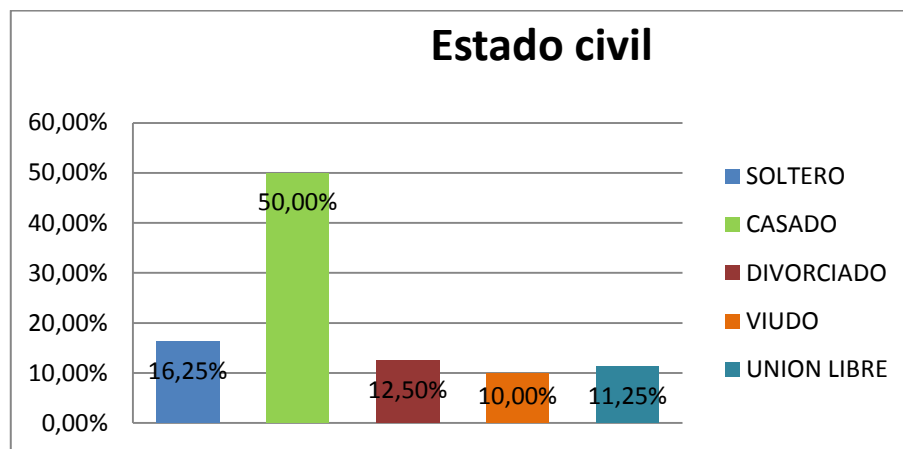
IESS LOJA	
OCUPACIÓN	PORCENTAJE
Empleado público	32.50%
Comerciante	18.75%
Docente	22.50%
Quehacer Doméstico	12.50%
Médico	5.00%
Agricultor	8.75%
TOTAL	100%

Fuente: Centro de Cómputo del Hospital IESS Loja
Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

CUADRO N°6

Estado civil	Casado	92	71,9
	Soltero	16	12,5
	Conviviente	4	3,1
	Anulado	1	0,8
	Separado	9	7
	Viudo	6	4,7

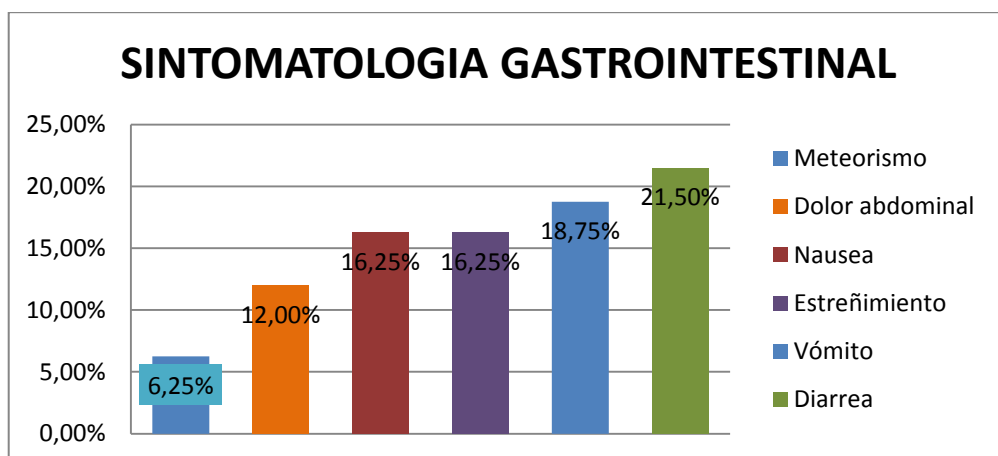
Fuente: Sudupe, Jesús. Depresión. [internet] 2009 [consultado el 26 de mayo del 2013] disponible en <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>



Fuente: Centro de Cómputo del Hospital IESS Loja

Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

CUADRO N°7



Fuente: Centro de Cómputo del Hospital IESS Loja

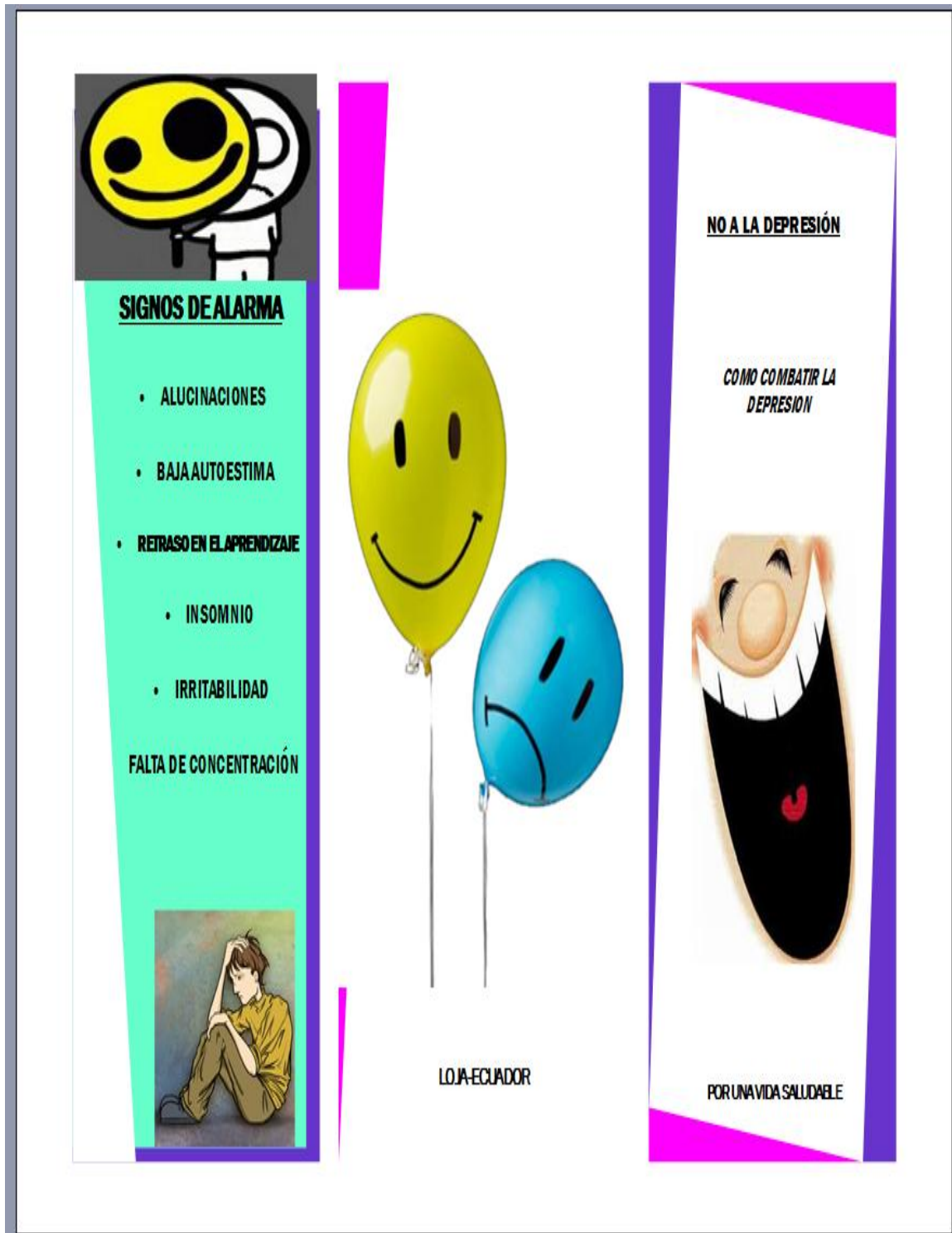
Autoría: Betty Alexandra Narváez Espinoza

ANEXO N°2

HISTORIAS CLÍNICAS	Edad	Género	Ocupación	Residencia	Tratamiento
Pacientes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo-ansiedad generalizada					Antidepresivos
Pacientes con por molestias gastrointestinales	Sintomatología gástrica	Respuesta a tratamientos	Evolución	Otra sintomatología	Psicoterapia
HISTORIAS CLÍNICAS	Diarrea	Favorable	Aguda	Respiratoria	Hospitalización
	Vómito	No favorable	Crónica	Cardiológica	
	Naúsea			Dermatológica	
	Dolor abdominal			Psicológica	
	Estreñimiento				
	Meteorismo				

ANEXO N°3

TRIPTECO ENTREGADO A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA, CON EL OBJETIVO DE COMBATIR LA DEPRESIÓN Y FOMENTAR HÁBITOS SALUDABLES.



DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta a nuestro organismo, nuestra mente y en general a nuestro estado de ánimo.

PUEDES PRESENTAR:

- RABIA
- DESCONFIANZA
- DESMOTIVACIÓN
- RESENTIMIENTO
- MIEDO
- TRISTEZA
- FRUSTRACIÓN

HÁBITOS SALUDABLES



- FOMENTAR LA CONFIANZA
- PRACTICAR DEPORTES
- COMPARTIR EN FAMILIA
- INTEGRACIÓN CULTURAL
- COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR
- FOMENTAR LAS ACTIVIDADES CON LOS AMIGOS
- ACTIVIDADES RECREATIVAS



APRENDER A ENFRENTAR NUESTROS PROBLEMAS, ES EL INICIO DE UNA VIDA LLENA DE EMOCIÓN.



INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TITULO	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
TRASTORNO PSICOSOMÁTICO	9
1. CONCEPTUALIZACIÓN	9
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	9
3. EPIDEMIOLOGIA	11
DE LA DEPRESIÓN	25
4. CARACTERIZACIÓN	14
4.1. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN	14
5. TRASTORNO DEPRESIVO	16
5.1. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	16
5.2. ETIOPATOGENIA	17
5.3. FACTORES DE RIESGO	18
5.4. EVALUACION DEL PACIENTE	18
5.5.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS	19
5.6.2. TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO	20

5.7.1. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	22
5.7.2. PSICOTERAPIA	22
6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	26
6.1. GENERALIDADES	27
6.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD	27
6.5. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	30
MATERIALES Y MÉTODOS	38
RESULTADOS	40
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	55