UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE MEDICINA

”TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD EN PACIENTES ENTRE 15 – 75 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIEZO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL AÑO 2007“

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR

Carlos Miguel Carrión Córdova

DIRECTOR

Dr. Miguel Jimbo Jumbo

Loja- Ecuador

2009 – 2010

AUTORíA

Los criterios, análisis, ideas, procedimientos realizados, consulta de Tesis, resultados y conclusiones del estudio investigativo:”TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD EN PACIENTES ENTRE 15 – 75 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIEZO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL AÑO 2007“, son de absoluta responsabilidad del autor.

Loja, Septiembre de 2010

Carlos Miguel Carrión Córdova

DEDICATORIA

Primeramente a Dios que con su ayuda y poder ha influenciado en mí para crecer y superarme cada día. A mis padres que con su apoyo y comprensión supieron darme amor incondicional e inculcarme valores importantes para ser alguien todos los días de mi vida. A mi hermana y toda mi familia que fueron pilar fundamental para lograr y cumplir mis objetivos propuestos. A mis amigos que han estado conmigo en las buenas y en las malas enseñándome a crecer constantemente.

CARLOS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme vida para cumplir mis metas y objetivos, al Dr. Miguel Jimbo Jumbo, director de tesis, que gracias a sus conocimientos e ideas han sido de gran aporte para la culminación de este trabajo investigado.

Agradezco a los facultativos y docentes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja por impartirme conocimientos, valores y deseos de superación durante mi formación como profesional.

A mi familia, amigos y demás personas quienes depositaron en mi todo su apoyo y confianza dándome todos los medios posibles para lograr la culminación exitosa de este trabajo investigativo.

El Autor

RESUMEN

Es un estudio descriptivo retrospectivo que se realizó en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros donde se revisan los casos clínicos presentados durante el año 2007. Se investigaron 112 casos con trastornos somatomorfos y de ansiedad, para identificar la mayor frecuencia relacionada con el género, edad, estado civil y procedencia, así como los problemas patológicos asociados y duración de la patología investigada.

Los resultados obtenidos determinan que la mayor frecuencia y número de casos registrados corresponde al género femenino con un 58%, edad en el rango comprendido entre 46 – 60 años con un 49%, casado/a con un 74%, instrucción superior en un 63%, ocupación empleados públicos en un porcentaje de 34%, los mismos que son nacidos y residentes en la ciudad de Loja.

El tipo de trastorno más frecuente en estos pacientes son los trastornos de ansiedad, dentro de este aspecto sobresale el trastorno de ansiedad generalizada con un 63%. En cuanto a los trastornos somatomorfos el más frecuente constituye el trastorno de somatización con un porcentaje del 52%. Producidos por varios factores, incluidos patologías orgánicas acompañantes de tipo crónica como la HTA con un 65% registrada en muchos casos de los pacientes estudiados. El tiempo de duración y evolución del tratamiento es no menor a 3 meses, y algunos continúan en tratamiento y control periódico.

SUMARY

It is a retrospective descriptive study was conducted at Hospital Manuel Ignacio Monteros where clinical cases reviewed in 2007. We investigated 112 cases with this disease, to identify the most frequently related to gender, age, marital status and origin, and the problems associated pathological and duration of the disease under investigation.

The results determine that the increased frequency and number of cases recorded for the female gender with 58%, age range between 46 - 60 years with 49%, married to a 74% higher education in 63 % public employees in an occupation rate of 34%, they are born and residing in the city of Loja.

The most common type of disorder in these patients are anxiety disorders, in this respect stands generalized anxiety disorder with 63%. As for the most common somatoform disorders is somatization disorder at a rate of 52%. Produced by several factors, including accompanying organic diseases such as chronic hypertension with 65% recorded in many cases of patients studied.

The duration and outcome of treatment is not less than 3 months, and some are still in treatment and regular monitoring.

I. INTRODUCCION

Los trastornos somatomorfos y de ansiedad son problemas mentales que conforman en la actualidad un problema de consideración puesto que están vinculados tanto con problemas orgánicos como sociales. Siendo de gran importancia tanto los trastornos de ansiedad vinculada junto con trastornos somatomorfos.

Es importante tomar en cuenta que la incidencia de enfermedades mentales en nuestro medio va en aumento, este problema se mantiene ya sea por el hecho de que todas las investigaciones realizadas a lo largo de todo este tiempo únicamente se ha realizado a todas las personas que han recibido atención médica primaria, excluyendo a aquellas personas cuyos problemas mentales pasan desapercibidos.

La edad más prevalente en que se presentan los trastornos somatomorfos oscila entre los 50 a 60 años. Existe un gran porcentaje de personas que padecen trastornos mentales, aunque cabe señalar que la incidencia de alteraciones en la salud mental no es muy alta en relación con alteraciones involucradas en otra índole como afecciones anatómicas, orgánicas, genéticas, etc.

Por lo mencionado anteriormente se realizó un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de 112 pacientes atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdiviezo de la ciudad de Loja entre las edades de 15 – 75 años durante el período 2007, con el fin de investigar en qué genero se presenta con mayor frecuencia estos trastornos, de igual manera el grupo de edad en la que se presenta mayormente, junto con el estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de

nacimiento y residencia predominante. Además se realizó en el estudio el tipo de trastorno, el tiempo de evolución, etc.

Se tomó en cuenta las características sociodemográficas, comparando los resultados obtenidos con estudios realizados en el mismo campo, determinando cual es el mayor porcentaje de afecciones mentales a la cual están sujetos los pacientes investigados.

La información de los pacientes investigados se la registró en una ficha previamente elaborada y se hizo uso de la fuente de información relacionada con la historia clínica de cada paciente, luego se realizó un análisis de los resultados, las conclusiones y recomendaciones.

El presente estudio se realizo en el período de un año aproximadamente, obteniéndose información la cual será señalada en las conclusiones, recomendaciones efectuadas a base de los resultados de la misma.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.1. HISTORIA

Hace casi un siglo. Sigmund Freud acuñó el término neurosis de ansiedad e identificó dos formas de ansiedad. Un tipo resulta de la depresión de la libido: un incremento fisiológico en la tensión sexual conlleva un incremento correspondiente de la libido, la representación mental del hecho fisiológico. La descarga normal de este tipo de tensión es, según Freud, el acto sexual, pero las prácticas sexuales tales como la abstinencia y el coitus interruptus impiden la liberación de la tensión y producen neurosis. Las condiciones de ansiedad excesiva relacionadas con un bloqueo libidinal incluyen la neurastenia, la hipocondriasis, y la neurosis de ansiedad, todas ellas descritas por Freud con una base biológica, es decir, las neurosis actuales.

El otro tipo de ansiedad se describe como una sensación difusa de preocupación, o temor que se origina por un deseo o pensamiento reprimido. Este tipo es el responsable de las psiconeurosis-histeria, fobias y neurosis obsesivas. Para Freud estas condiciones y la ansiedad asociada a ellas, están relacionadas principalmente con factores psicológicos y no fisiológicos.

En 1926 Freud creó una nueva teoría sobre la ansiedad que describía la ansiedad externa real y la ansiedad interna neurótica, como respuestas a una situación peligrosa. Freud identificó dos situaciones generadoras de ansiedad, una que implica una estimulación instintiva abrumadora y, otra más común, que se desarrolla en la anticipación de un

peligro más que por la presencia de este. Las fuentes externas o internas de peligro pueden producir una señal de ansiedad, una alarma para el organismo, que funciona inconscientemente y sirve para movilizar los mecanismos específicos de defensa del ego para preservarlo o reducir el grado de excitación instintiva. [1]

1.2. TEORÍAS DE LA ANSIEDAD

1.2.1. GENÉTICA

Isacc Marks (1986) ha proporcionado un elegante resumen de la genética de los trastornos de ansiedad:

De los protozoarios a los mamíferos, los organismos han sido engendrados de manera selectiva con diferente genética para la conducta defensiva, acompañadas de diferencias en el cerebro y en otras funciones biológicas.

Los trastornos de ansiedad son más comunes entre los parientes de los sujetos afectados que los de los controles, especialmente entre las mujeres y los parientes de primer grado.

La más fuerte historia familiar de todos los trastornos de ansiedad, se ve en la fobia a las heridas sangrientas; aún cuando pueda ser tratada exitosamente por exposición. Algunos efectos genéticos pueden ser modificados por medios ambientales.

[1] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

1.2.2. PSICODINÁMICA

Aunque Freud propuso al inicio una fase fisiológica de la ansiedad, posteriormente concluyó que la ansiedad servía como una señal para el ego, del surgimiento del conflicto o impulso inconscientes. Su teoría llevó al desarrollo del psicoanálisis para el estudio y tratamiento de los trastornos emocionales. De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la ansiedad es vista como una emoción del ego (la parte de nuestro aparato mental que equilibra: los impulsos y demandas de nuestro ello infantil, la austeridad y controles punitivos de nuestro superego paternal y la realidad externa)

1.2.3. APRENDIDA

También es posible desarrollar la ansiedad en respuesta a estímulos generalmente positivos o neutrales, si los mismos se acompañan de un estímulo nocivo o aversivo. Cuando una situación o un estímulo provocan ansiedad en una persona, que entonces los evita, la ansiedad es disminuida y la persona aprende a reducir la ansiedad evitando las situaciones que la provocan.

1.2.4. BIOQUÍMICA

Cuando se comparan con controles normales, los pacientes con trastornos de ansiedad tienen un funcionamiento fisiológico significativamente diferente (EJ. Frecuencia cardíaca más elevada, concentraciones de lactato sanguíneo más elevadas, y mayor déficit de oxígeno durante el ejercicio moderado). Los pacientes con trastornos de pánico son más sensibles a ciertas sustancias (cafeína, lactato, isoproterenol, adrenalina, yohimbina y piperoxan). Muchas de estas sustancias incrementan la actividad del locus ceruleus, el núcleo del

cerebro medio que suministra cerca del 70% de las neuronas de noradrenalina en el SNC. La base bioquímica evidente de cada conducta, pensamiento y sentimiento, no implica que las anormalidades bioquímicas deban ser tratadas con agentes químicos; la química cerebral, también puede ser modificada por intervenciones conductuales, psicológicas y quirúrgicas.[2]

1.3. ANSIEDAD NORMAL

Todo el mundo experimenta ansiedad, una sensación e aprensión difusa, desagradable, y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, como indica la incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato, en un mismo sitio. La particular constelación de síntomas que se presentan con la ansiedad tiende a variar de un individuo a otro.

Miedo y ansiedad

La ansiedad es una señal de alerta; advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo de alerta que debe ser distinguido de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga o conflictiva. Esta distinción puede resultar difícil ya que el miedo también puede ser producido por un objeto interior inconsciente y reprimido. Por lo que la principal diferencia psicológica entre estas dos respuestas emocionales es la agudeza del miedo y la cronicidad de la ansiedad.

---

[2] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F.

1.4. ANSIEDAD PATOLÓGICA

1.4.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Etiología

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas similares a los trastornos de ansiedad. El hipertiroidismo, el hipoparatiroidismo, y la deficiencia de la vitamina B12 se asocia frecuentemente con síntomas de ansiedad. Ciertas lesiones cerebrales y estados postencefalíticos producen síntomas idénticos a los observados en los trastornos obsesivos – convulsivos. Otras entidades médicas, como la arritmia cardíaca, pueden producir síntomas fisiológicos de angustia. Las diversas enfermedades médicas que pueden originar síntomas de trastornos de ansiedad lo harían a través de un mecanismo común, el sistema noradrenérgico.

Diagnóstico

El diagnóstico requiere de la presencia de síntomas de un trastorno de ansiedad. Los clínicos deben prestar especial atención al diagnóstico cuando la ansiedad crónica o paroxística está asociada con una enfermedad física que se sabe puede causar tales síntomas en algunos pacientes. Una exploración médica general puede descubrir una diabetes, un tumor adrenal, una enfermedad tiroidea, o una lesión neurológica.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica pueden ser idénticos a la sintomatología de los trastornos de ansiedad más importantes. El cuadro clínico más común es un síndrome

similar a los trastornos de angustia, siendo menos frecuente un síndrome similar a una fobia.

Tratamiento

El tratamiento principal es el tratamiento de la enfermedad médica subyacente. Si un paciente presenta también un trastorno inducido por el alcohol u otras sustancias, este trastorno también deberá ser abordado, este trastorno también deberá ser abordado terapéuticamente. Si la recuperación médica no se acompaña de una mejoría de los síntomas del trastorno de ansiedad, el tratamiento debe seguir las directrices de tratamiento para este trastorno mental específico. En general, las técnicas de modificación de conducta, ansiolíticos y los antidepresivos serotonérgicos han sido modalidades del tratamiento más efectivas.

1.4.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Etiología

Una amplia gama de sustancias pueden provocar síntomas de ansiedad. Aunque los simpatomiméticos (como la anfetamina, la cocaína y la cafeína) se suelen asociar a la producción de síntomas de trastornos de ansiedad, muchas drogas serotonérgicas también pueden causar síndromes de ansiedad aguda y crónica en consumidores de estas drogas.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad inducidos por sustancias requieren la presencia de ansiedad prominente, ataques de angustia, obsesiones, o compulsiones las cuales son:

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio:
C. Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
D. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
E. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducida por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad Ej. Los síntomas precede el consumo de la sustancia (o medicamento).
F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

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

   Los criterios establecen que la sintomatología se debe desarrollar durante el período de utilización de la sustancia o dentro del mes posterior del abandono de la misma. La estructura del diagnóstico incluye la especificación del estado en el que se iniciaron los síntomas de ansiedad, y la mención del patrón sintomático específico.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas varían con la sustancia particular que se utiliza. Incluso la utilización esporádica de psicoestimulantes puede producir síntomas de trastornos de ansiedad en algunas personas.

También se han asociado a síntomas de trastornos de ansiedad, deterioro cognoscitivo de la comprensión, del cálculo y la memoria. Este déficit cognoscitivo es, normalmente, reversible al dejar de usar la sustancia.

Tratamiento

El principal tratamiento es el cese en el consumo de la sustancia causante. Después, si la sustancia era un fármaco prescrito, debe buscarse un tratamiento alternativo; si la sustancia se introdujo por exposición ambiental, debe limitarse la exposición del paciente, o tratar el trastorno subyacente inducido por la sustancia.

Si los síntomas continúan después de que la utilización de la sustancia se haya controlado, deben abordarse mediante el tratamiento psicoterapéutico o farmacológico.[3]

1.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1.5.1. DEFINICIÓN

La cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV) define el trastorno de ansiedad generalizada como una ansiedad y una preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días durante al menos un período de seis meses. La preocupación es difícil de controlar y

[3] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

está asociada a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, dificultad para dormir e inquietud.[4]

La ansiedad persistente es el síntoma básico de este trastorno, que se acompaña de una permanente sensación de tensión interna e incapacidad para relajarse. No existen en este cuadro clínico crisis de angustia espontáneas ni conductas de evitación fóbica.[5]

1.5.2. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología común; las estimaciones razonables de una prevalencia anual oscilan entre 3 y 8%. El trastorno de ansiedad generalizada es probablemente el trastorno que más a menudo coexiste con otro trastorno mental, en particular con fobia social, fobia específica, trastorno de angustia, o trastorno depresivo. Quizás de un 50% a un 90% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada padecen otro tipo de trastorno mental.

La proporción mujer - hombre es de 2 a 1, pero la proporción de los que reciben tratamiento en las unidades de hospitalización es de 1 a 1. La edad de inicio es difícil de determinar; la mayoría de los pacientes con este trastorno indican que han estado ansiosos desde que son capaces de recordar. Existe una prevalencia vida de 45%. Los pacientes suelen acudir al clínico cuando tienen unos 20 años, aunque el primer contacto puede ocurrir virtualmente a cualquier edad.

---

[4] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

[5] MACÍAS, José Ángel. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria. 1998. Valladolid España.

Sólo un tercio de los pacientes que padecen trastorno de ansiedad generalizada buscan ayuda psiquiátrica. Muchos pacientes consultan con el médico de cabecera, internista, cardiólogo, neumólogo, o gastroenterólogo, buscando tratamiento para los componentes somáticos del trastorno.[6]

1.5.3. FACTORES DE RIESGO

Factores biológicos

Es probable que este trastorno tenga un componente genético puesto que existen estudios en animales y humanos que demuestran que conceptos como emocionalidad, neuroticismo y ansiedad no clínica pueden heredarse.

Los pacientes con TAG muestran menor activación autonómica en reposo que sujetos con trastorno de pánico. Así mismo presentan menor activación ante el estrés que individuos normales.

Otros estudios han mostrado disminución en el número de receptores GABA – benzodiacepínicos en plaquetas de pacientes con TAG. Los receptores centrales de adenosina pueden tener también un papel en la fisiopatología de la ansiedad crónica, ya que los efectos ansiógenos de la cafeína se deben al antagonismo de estos receptores.

Otros neurotransmisores de posible importancia en la ansiedad son el ácido glutámico con sus acciones en sus receptores N – metil-aspartato y el factor liberador de corticotropina.

---

[6] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

Factores Psicológicos

En cuanto a los aspectos psicológicos existen dos enfoques importantes, el de la teoría psicoanalítica y el de la teoría del aprendizaje.

En la teoría psicoanalítica la génesis de los síntomas neuróticos se enmarca dentro del concepto del conflicto intrapsíquico que consiste en que determinadas punciones internas buscan hacerse conscientes y la realidad externa que interfiere con la expresión de dichas pulsiones. En el TAG el mecanismo habitual de defensa, la represión, no resulta eficaz para contener la ansiedad, ni tampoco se utilizan otros mecanismos auxiliares de defensa, con el resultado de que la ansiedad en forma libre o flotante se convierte en el síntoma principal.

Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje los estudios recientes sobre el procesamiento de la información son relevantes en la etiología de la ansiedad generalizada. El modelo se basa principalmente en dos conceptos: las percepciones de amenaza personal y la percepción de bajo control.

De acuerdo con esta teoría, la ansiedad es una respuesta a la percepción de peligro y se puede volver crónica por la tendencia a dar excesiva atención a posibles peligros, asignar interpretaciones amenazantes a determinados eventos y ser especialmente “eficiente” en adquirir información amenazadora. Además se ha observado que los pacientes con TAG poseen una tendencia general a tener una baja percepción de control personal sobre eventos cruciales, ya sean internos o externos.

1.5.4. DIAGNOSTICO

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada son:

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

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

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. 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 la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer 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 (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.[7]

1.5.5. TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico: los fármacos ansiolíticos más habituales en el uso de la atención primaria son:

- Clorazepan 10 – 15 mg/día
- Halazepán 40 – 120 mg/día
- Ketazolán 15 – 75 mg/día
- Buspirona 15 – 30 mg/día
- Propanolol 40 – 80 mg/día

Para el tratamiento del trastorno de ansiedad generlaizada se prescribe benzodiacepinas, de semivida media larga (clorazepán, halazepán y ketazolán), porque precisan dosis menos frecuentes tras retirarlas existe escaso riesgo de recurrencia de los síntomas y del desarrollo de un cuadro abstinencial.

Los beta-bloqueantes, no actúan sobre el componente cognitivo de la ansiedad, disminuyendo los síntomas somáticos periféricos (temblor, sudoración, etc.), son útiles, para intercalarlos en los períodos de descanso del tratamiento de benzodiacepinas.

[7] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

La buspirona, es un fármaco con latencia terapéutica de 2-3 semanas, que puede ser útil, en aquellos pacientes que requieran un tratamiento prolongado o en el caso de consumo de alcohol por el paciente.

La duración del tratamiento ansiolítico, no está establecida, recomendándose para las benzodiacepinas, un empleo no superior a los 2-3 meses.[8]

Psicoterapia: los principales abordajes psicoterapéuticos para el trastorno de ansiedad generalizada son cognoscitivo-conductual, de apoyo e introspectivo. Los datos sobre la eficacia relativa de cada sistema son todavía limitados, aunque los estudios más detallados se han llevado a cabo con técnicas cognoscitivos-conductuales, que parecen ser eficaces tanto a corto como a largo plazo. El abordaje cognoscitivo se dirige a las supuestas distorsiones cognoscitivas del paciente, y el conductual a los síntomas somáticos de manera directa. Las principales técnicas utilizadas en el abordaje conductual son la relajación y la biorretroalimentación. La terapia de apoyo ofrece al paciente seguridad y comodidad, aunque su eficacia a largo plazo es dudosa. La psicoterapia de introspección se centra en revelar los conflictos inconscientes y en la identificación de las fuerzas del ego. La eficacia de la psicoterapia de introspección para los trastornos de ansiedad generalizada se ha presentado en muchos informes de casos asilados, pero se carece de estudios controlados amplios.[9]

---

[8] MACÍAS, José Ángel. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria. 1998. Valladolid España.

[9] KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

CAPÍTULO II: TRASTORNOS SOMATOMORFOS

2.1. DEFINICIÓN

Los trastornos somatomorfos constituyen un grupo de entidades que tienen en común síntomas somáticos para los cuales no se encuentra una explicación médica adecuada y que además producen malestar significativo o menoscabo en el desempeño social u ocupacional. No están bajo control voluntario y los síntomas no se producen intencionalmente como en la simulación o en el trastorno facticio.[10]

Para hacer el diagnóstico, se requiere por una parte que los síntomas no sean producidos con la intencionalidad de simular una enfermedad, y que por otra parte el clínico sospeche que el comienzo, duración o severidad de los síntomas estén claramente vinculados a factores psicológicos.[11]

2.2. CLASIFICACIÓN

Hay siete subtipos de trastornos somatomorfos tomados por la clasificación del CIE 10: trastorno de somatización, trastorno de conversión, trastorno de dolor, Hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatomorfo no diferenciado y trastorno somatomorfo no especificado. En cada uno de los tipos, aunque los síntomas son físicos no pueden demostrarse o explicarse los procesos fisiopatológicos especificados causantes en base a las pruebas de laboratorio o en otros procedimientos diagnósticos físicos.

---

[10] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F.

[11] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

Está claramente comprobado en la actualidad que una gran proporción de los pacientes de las clínicas de consulta externa de medicina general y de los consultorios médicos privados no tienen una enfermedad orgánica que requiere tratamiento médico. Es probable que muchos de estos pacientes experimenten trastornos somatomorfos, pero no se perciben a si mismos como casos que tienen un problema psiquiátrico y, por lo tanto no solicitan tratamiento de los psiquiatras.[12]

2.2.1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Esta entidad también denominada Síndrome de Briquet consiste en un trastorno crónico que comienza antes de los treinta años caracterizado por múltiples síntomas físicos localizados en varios órganos o sistemas.[13]

Epidemiología

Generalmente comienza antes de los 30 años. Y se caracteriza por una combinación de síntomas dolorosos, gastrointestinales, sexuales y seudo neurológicos".

Los estudios epidemiológicos fijan la prevalencia de este trastorno en un 0,5% de la población general, con un franco predominio femenino: 5 a 20 veces más mujeres que hombres la presentan, alcanzando prevalencias del 2 al 5%. En las consultas de médicos generales o de nivel primario de atención, alrededor del 10% de dichas consultas son por este tipo de trastornos. Es más frecuente entre pacientes de menor nivel educacional y de menores ingresos económicos, y entre personas jóvenes

---

[12] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F.

[13] VELEZ. Hernán y otros. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 1999. Tercera Edición. Medellín Colombia

(aparece en general antes de los 30 años). En un 30% de los casos coexiste con otros trastornos mentales, tal como con trastornos de personalidad. [14]

Etiología y Patogenia

El trastorno de somatización comparte algunas características con la Hipocondriasis, incluidas una historia de enfermedades familiares o lesiones durante la infancia. Pero este es con mucho un factor menor, ya que innumerables familias experimentan enfermedades crónicas o lesiones sin trasmitir el rol de enfermo a los hijos. Hay algo más que contribuye fuertemente al trastorno de somatización.

El trastorno de somatización está fuertemente ligado, en los estudios genéticos y de familias, al trastorno de personalidad antisocial, que se caracteriza por vandalismo, mentiras persistentes, robo, irresponsabilidad en las finanzas y el trabajo y agresión física manifiesta.[15]

La mayor parte de los psiquiatras consideran que los factores psicológicos desempeñan una función de primer orden en la génesis del trastorno de somatización, pero no hay un consenso general sobre su naturaleza exacta.

Se han propuesto identificación patológica con un progenitor, esfuerzos inmaduros para afrontar necesidades de dependencia, y resolución inadaptada de los conflictos intrapsíquicos, como mecanismos

---

[14] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

[15] DURAND, Mark. Psicopatología. 2004. Tercera Edición, Editorial Thomson. Madrid España.

por medio de los cuales se producen síntomas semejantes a los que se observan en el trastorno de somatización.[16]

Diagnóstico

Según la DMS – IV los criterios para el diagnóstico de trastorno de somatización son:

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

    1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (Ej. Cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).
    2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (náuseas, vómitos, distensión abdominal, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
    3. Un síntoma sexual: historia de un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (Ej. Indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

[16] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F.

4. Un síntoma neurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor.

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (drogas, fármacos, etc.)

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
   Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).[17]

Tratamiento

En el tratamiento es importante establecer una buena alianza terapéutica con el médico general o internista dando citas periódicas donde aparte de la revisión física se debe procurar aumentar la conciencia del paciente acerca de la importancia de los factores psicológicos en sus síntomas.

Es muy importante, como en todos los TS, escuchar con interés las quejas, hacer el examen físico pero abstenerse se enviar exámenes de

[17] HALES, Robert E. Tratado de Psiquiatría. 2005. Tercera Edición, Tomo uno, Editorial Masson. Barcelona.

laboratorio injustificados. La psicoterapia individual o de grupo puede ser útil si se logra motivar al paciente.[18]

2.2.2. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Las características esenciales del trastorno de conversión consisten en al presencia de síntomas o déficit no producidos intencionalmente, que afectan a las funciones motoras o sensitivas y que, a pesar de sugerir la existencia de un trastorno neurológico o de una enfermedad médica general.

El efecto directo de una sustancia o un comportamiento o experiencia culturalmente normales, no quedan totalmente explicados por estas causas.[19]

Epidemiología

Estos cuadros son frecuentes en la consulta hospitalaria y ambulatoria, y especialmente entre los casos derivados a interconsultas psiquiátricas. Predominan entre las mujeres, en razones de 2:1 y hasta 5:1 respecto a los hombres. Son más frecuentes entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes, en poblaciones rurales y en grupos con menor nivel educacional e intelectual. Presentan comorbilidad frecuente con trastornos depresivos, ansiosos y con esquizofrenia.[20]

Etiología y Patogenia

---

[18] VELEZ. Hernán y otros. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 1999. Tercera Edición. Medellín Colombia

[19] HALES, Robert E. Tratado de Psiquiatría. 2005. Tercera Edición, Tomo uno, Editorial Masson. Barcelona.

[20] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

El término conversión lleva implícita una hipótesis etiológica. Dicho término se deriva de la supuesta conversión del conflicto psicológico en un síntoma somático. Diversos factores psicológicos se han implicado en la patogenia del trastorno de conversión etiológicas resultan difíciles de demostrar.

En la ganancia primaria, la ansiedad disminuye teóricamente al mantener un conflicto o necesidad internos fuera de la conciencia, mediante la expresión simbólica de un deseo inconsciente, como un síntoma de conversión.

La ganancia secundaria, en virtud de la cual los síntomas de conversión permiten evitar las actividades dañinas u obtener un apoyo que de otro modo sería inalcanzable, puede darse también en personas que sufren enfermedades médicas y que a menudo se benefician así de dichos síntomas.

Diagnóstico

Los criterios DMS – IV para el diagnóstico de trastorno de conversión son:

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado.

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.[21]

Tratamiento

Por lo general el curso de los síntomas conversivos es transitorio y de terminación espontanea. Una vez sospechado el diagnóstico y concluidos los estudios preliminares es importante comunicarle al paciente, de manera empática y no devaluadora, e estado actual de la situación. Nunca es conveniente decirle al paciente que no tiene nada o emplear tratamientos dolorosos. La utilización de técnicas como la hipnosis o narcoanálisis puede ser de utilidad con el fin de lograr la desaparición total o parcial del síntoma, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos. Además es necesario en ocasiones realizar cambios ambientales encaminados a neutralizar elementos reforzadores de la condición e implementar procesos psicoterapéuticos a más largo plazo

[21] HALES, Robert E. Tratado de Psiquiatría. 2005. Tercera Edición, Tomo uno, Editorial Masson. Barcelona.

cuando en la evaluación se infieran conflictos intrapsíquicos importantes.[22]

2.2.3. HIPOCONDRIASIS

La Hipocondriasis antes llamada neurosis hipocondriaca. Se llama "hipocondríaco" al sujeto que se queja de problemas físicos menores, se preocupa de manera irrealista sobre enfermedades graves, y busca de manera persistente asistencia profesional y consume muchos medicamentos de venta directa al público. En la aplicación de este término se incluyen elementos de trastorno de somatización y de Hipocondriasis.[23]

Epidemiología

Esta aparece entre el 4 al 6% de los consultantes a centros médicos generales, en una proporción semejante para ambos sexos, y sin diferencias de nivel socioeconómico, educación o estado civil.[24]

Etiología y Patogenia

Se cree que la Hipocondriasis se origina en intentos inadaptativos para afrontar las necesidades psicológicas no satisfechas o en conflictos psicológicos inconscientes, pero no hay acuerdo sobre los mecanismos psicológicos específicos que participan. Algunos investigadores creen que

---

[22] VELEZ. Hernán y otros. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 1999. Tercera Edición. Medellín Colombia

[23] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F

[24] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

el paciente hipocondríaco manifiesta simplemente preocupación excesiva por sí mismo; otros sugieren que la Hipocondriasis representa una expresión física del amor propio pobre (enfermo, débil, deficiente); otros más han propuesto que otra manera de considerarse a sí mismo protege al individuo de la percepción de impulsos destructivos hacia otras personas (al considerarse a sí mismo lesionado en lugar de ver lesionados a otros). En algunas publicaciones se han propuesto recientemente que estos síntomas son resultado de déficit graves de la capacidad del paciente para conservar el "sentido del yo" (lo mismo que integrado o "reunido"), y que los síntomas hipocondriacos pueden considerarse manifestaciones de este problema subyacente.[25]

Diagnóstico

Criterios DMS – IV para el diagnóstico de la hipocondría:

A. Preocupación y miedo al tener, o la convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a

[25] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F

preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca consciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.[26]

Tratamiento

El abordaje terapéutico depende del tipo de hipocondría. Si se trata de una hipocondría en un paciente neurótico, con probabilidad será oportuno hacer un tratamiento mixto psicoterapéutico y farmacológico; cuando el componente obsesivo es destacado, los antidepresivos utilizados en el trastorno obsesivo-compulsivo pueden ser eficaces.

Si la hipocondría es delirante habrá que abordarla como a los delirios crónicos, con tratamiento neuroléptico y teniendo en cuenta la

[26] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995. Cuarta Edición. Editorial Masson. Barcelona

presumible escasa colaboración del paciente. Si la hipocondría es depresiva se tratará la depresión del paciente.[27]

Estos pacientes pacientes son generlamente reacios al tratamiento psiquiátrico. Las medidas generales recomendadas para los TS se les deben también aplicar. Los programas enfocamos a reducción del estrés y manejo de enfermedades crónicas pueden ser útiles.

2.2.4. TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO

Estos casos son definidos por la ClE 10 como aquellos en los cuales la queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático.[28]

Epidemiología

No se conoce la prevalencia del trastorno de dolor somatomorfo, pero parece ser común en el ejercicio médico general. Es más frecuente en mujeres que en varones. No se ha informado la distribución familiar. Sin embargo, hay un aumento de la incidencia familiar de lesiones y enfermedades dolorosas, lo que sugiere que se puede aprender alguna sintomatología o puede ser resultado de identificación con un miembro de la familia que esté enfermo.

---

[27] LOZANO M. Trastornos Somatomorfos Urogenitales, una Psiquiatría para Urólogos. Servicio de Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

[28] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el tratamiento. 1992. Editorial Meditor. Madrid

Etiología y Patogenia

El dolor se cree que es de origen psicológico. No se conocen los mecanismos psicológicos específicos que participan en al producción del dolor, y probablemente son múltiples y variables. Se han propuesto que el dolor del trastorno de dolor somatomorfo es un síntoma de conversión. Una causa psicológica está indicada por lo siguiente: (1) existe una relación temporal entre un supuesto estímulo ambiental (agresor) y el dolor; (2) el dolor permite a la persona evitar una actividad nociva; o (3) el dolor permite que la persona obtenga un apoyo adicional del ambiente.

Se ha observado también que, en ciertos casos, el mecanismo psicológico parece ser la identificación por medio de la cual el individuo adopta los atributos (síntomas) de otra persona que le es emocionalmente importante, como uno de los progenitores. Podría concluirse, por lo tanto, que las emociones se traducen de manera más o menos directa en dolor físico en vez de expresarse de otra manera.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos para el trastorno por dolor en el DMS – IV son:

A. El dolor en uno o más sitios anatómicos es el foco de la presentación clínica, y es lo bastante severo para merecer atención clínica.
B. El dolor acusa significativo malestar o disfunción social, ocupacional o en otras áreas.
C. Se juzga que factores psicológicos desempeñan una función importante en la aparición, la severidad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
D. El síntoma o déficit no se producen intencionalmente.

E. El dolor no se explica mejor con un trastorno afectivo, ansioso o psicótico y no cumple los requerimientos para dispareunia.[29]

Tratamiento

Es el de muchas condiciones crónicas, con un enfoque orientado a la rehabilitación de estos pacientes. En las aproximaciones farmacológicas, ni los analgésicos tradicionales ni los ansiolíticos han demostrado ser especialmente efectivos, y tienen potencial riesgo de abuso si son utilizados par pacientes proclives a la fármaco dependencia.

Por otra parte los antidepresivos, tanto los tricíclicos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, parecen ser útiles.

Los antidepresivos parecen tener un efecto analgésico directo, mientras que los inhibidores de la recaptación de serotonina elevan el umbral doloroso en muchos casos.

En cuanto a las terapias conductuales, las técnicas de biofeedback han demostrado su utilidad, especialmente en pacientes con cuadros jaquecosos, dolores miofaciales, y estados tensionales musculares que llevan, por ejemplo a cefaleas tensionales.

Otras técnicas involucran la hipnosis, las estimulaciones nerviosas transcutáneas y estimulación de la columna dorsal. [30]

---

[29] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995. Cuarta Edición. Editorial Masson. Barcelona

[30] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

2.2.5. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

La característica esencial del trastorno dismórfico corporal es la preocupación por algún defecto físico imaginario o la inquietud exagerada por una anomalía física menor. Las preocupaciones persisten incluso tras repetidas exploraciones.

Epidemiología

Se desconoce cuál es el riesgo de sufrir el trastorno dismórfico corporal durante toda la vida en la población general. En general los pacientes con trastorno dismórfico corporal acuden a las visitas de psiquiatría sólo después de ser remitidos por los especialistas de cirugía plástica, dermatología u otorrinolaringología. La proporción entre los sexos masculino y femenino es de aproximadamente 1:1.

Causas y patogenia

Se ha dedicado escaso interés a las posibilidades etiológicas, con la excepción de relaciones sugeridas con los trastornos subyacentes dele estado de ánimo, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo o la fobia social.

Más recientemente se ha incluido el trastorno dismórfico corporal como en componente del espectro obsesivo – compulsivo y de los trastornos delirantes, en los cuales se han postulado una serie de enfermedades biológicas. [31]

---

[31] HALES, Robert E. Tratado de Psiquiatría. 2005. Tercera Edición, Tomo uno, Editorial Masson. Barcelona.

Diagnóstico

Criterios DMS – IV para el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal:

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (Ej. Insatisfacción son el tamaño y silueta corporales en la anorexia nerviosa).[32]

Tratamiento

El tratamiento de estos cuadros con procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y con medidas médicas variadas es generalmente poco exitoso. En algunos casos hay informes de tratamientos farmacológicos eficaces, al utilizar antidepresivos tricíclicos, inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO) o pimozida. Hoy se han demostrado especialmente efectivas sustancias serotoninérgicas tales como clomipramina o fluoxetina. Cuando coexiste otra condición psiquiátrica

[32] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995. Cuarta Edición. Editorial Masson. Barcelona

puede ser útil asociar tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos específicas.[33]

2.2.6. TRASTORNO SOMATOMORFO NO DIFERENCIADO

Se realiza el diagnóstico de trastorno somatomorfo no diferenciado cuando la perturbación predominante es de múltiples quejas físicas, tales como dolor, fatiga y pérdida del apetito, de al menos seis meses de duración. Como con otros trastornos somatomorfos, no hay datos orgánicos ni mecanismos fisiopatológicos conocidos, que expliquen los síntomas, o las quejas exceden de manera general los datos físicos. Si los síntomas ocurren sólo en la evolución de: otro trastorno somatomorfo, una disfunción sexual, un trastorno afectivo, un trastorno de ansiedad, un trastorno de sueño, o un trastorno psicótico, no procede el diagnóstico de trastorno somatomorfo no diferenciado.

2.2.7. TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO DE OTRA MANERA

Los casos que no satisfacen los criterios diagnósticos para cualquier trastorno somatomorfo especificado o de adaptación con quejas físicas, son caracterizados como trastorno somatomorfo no especificado de otra manera. Algunos ejemplos incluyen una enfermedad que involucra síntomas hipondriacos no psicóticos, de al menos seis meses de duración, o una enfermedad que involucra quejas físicas no relacionadas con el estrés, de menos de seis meses de duración.[34]

---

[33] FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

[34] HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es la conclusión de un estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo durante el período de un año (2007) en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdiviezo de la ciudad de Loja.

El objetivo del mismo se basa en determinar la mayor frecuencia entre los pacientes diagnosticados, por lo cual se procedió a la búsqueda de información acerca de estas patologías en base a libros, revistas, artículos, estudios, documentales basados en psicología y psiquiatría.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: trastornos somatomorfos y de ansiedad en pacientes entre 15 – 75 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el período 2007. En este método se excluyeron aquellos pacientes que fueron diagnosticados y atendidos fuera del período de tiempo de estudio, los cuales constituyen el total de 112.

El método por el cual se realizó la recolección de datos fue la revisión de los partes diarios de consulta externa del año 2007 con la finalidad de ubicar y localizar a los pacientes investigados, lo cual ayudo a la búsqueda específica de historias clínicas mediante las cuales se pudo extraer la información necesaria de cada uno de los pacientes atendidos en la casa de salud antes mencionada, dicha información fue recolectada de acuerdo a un formulario diseñado para dicha actividad.

La ficha de recolección que se utilizó para obtener la información obtenida de cada una de las historias clínicas tiene las siguientes variables:

- Características sosiodemográficas: que comprenden género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento y residencia.
- Tipo de trastorno ya sea de ansiedad o trastorno somatomorfo y dentro de ellos cual de los diferentes subtipos padece el paciente.
- Patologías orgánicas acompañantes, al igual que su cronicidad, y el tipo de patología más frecuente en estos trastornos.
- La duración del trastorno en relación a tres meses.
- La continuidad, terminación o abandono del tratamiento y control de los pacientes afectados.

Para la obtención de la información se procedió a solicitar el permiso respectivo a las autoridades del Hospital Manuel Ygnacio Monteros para la revisión de todos los expedientes clínicos registrados en el período de estudio comprendido para esta investigación.

La información obtenida fue procesada y tabulada con el fin de ser expuestas y expresadas mediante la traducción estadística y numeraria mediante cuadros y figuras. Sin tomar en cuenta el mencionar el nombre de los pacientes en estudio por el debido respeto que se merece ante ellos.

IV. RESULTADOS

TABLA 1: GÉNERO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	65	58
MASCULINO	47	42
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados que padecen de trastornos somatomorfos y de ansiedad, la mayor parte corresponde al género femenino, que contiene un porcentaje del 58%, en comparación al género masculino con 42%.

Representación gráfica

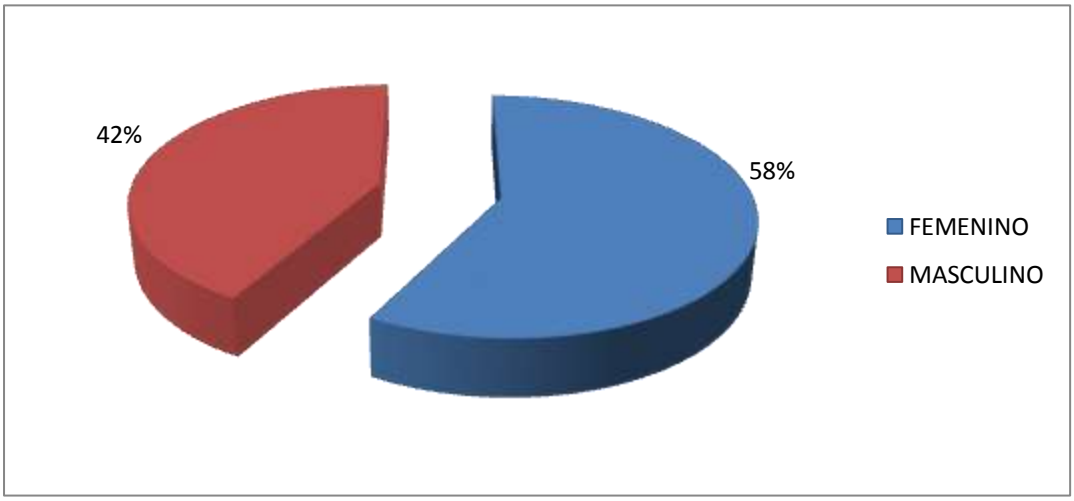


TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
15 – 30	2	2
31 – 45	7	6
46 – 60	55	49
61 – 75	40	36
>75	8	7
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados con trastornos somatomorfos y de ansiedad, el rango de edad con más prevalencia corresponde entre la edad de 46-60 años con un porcentaje del 49%, seguido del rango 61-75 con un porcentaje de 36%, continua el rango >75 años con un porcentaje de 7%, seguido por el rango de 31-45 años con el porcentaje de 6% y finalmente y menos frecuente la edad entre 15-30 años con el porcentaje del 2%.

Interpretación Gráfica

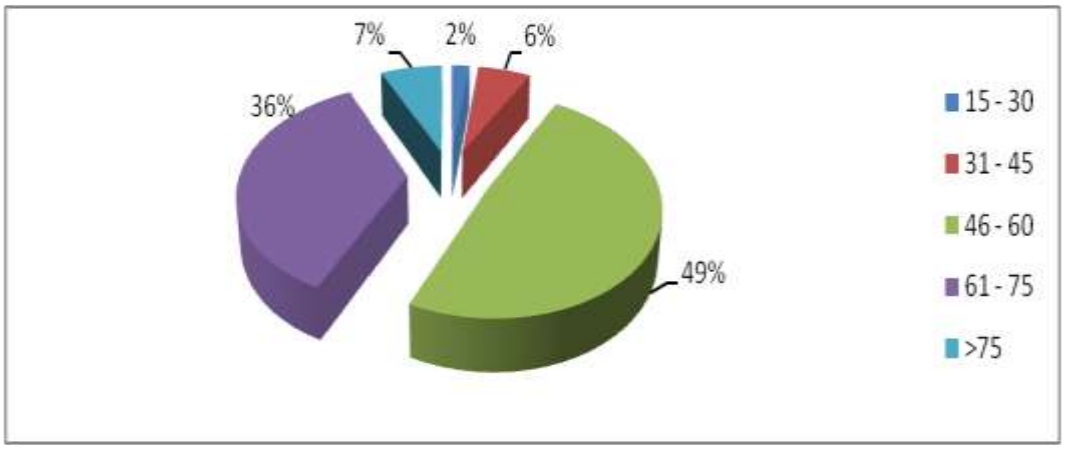


TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMOR Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltero	19	17
Casado	83	74
Divorciado	2	2
Viudo	8	7
Unión libre	0	0
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: En cuanto al estado civil, la mayor parte afectada corresponde a la población de pacientes casados con el 74%, seguido por la población soltera con 17%, a continuación pacientes correspondientes al estado civil viudo con un porcentaje del 7%, los divorciados con un porcentaje del 2% y finalmente la población de unión libre no registra ningún porcentaje.

Interpretación Gráfica:

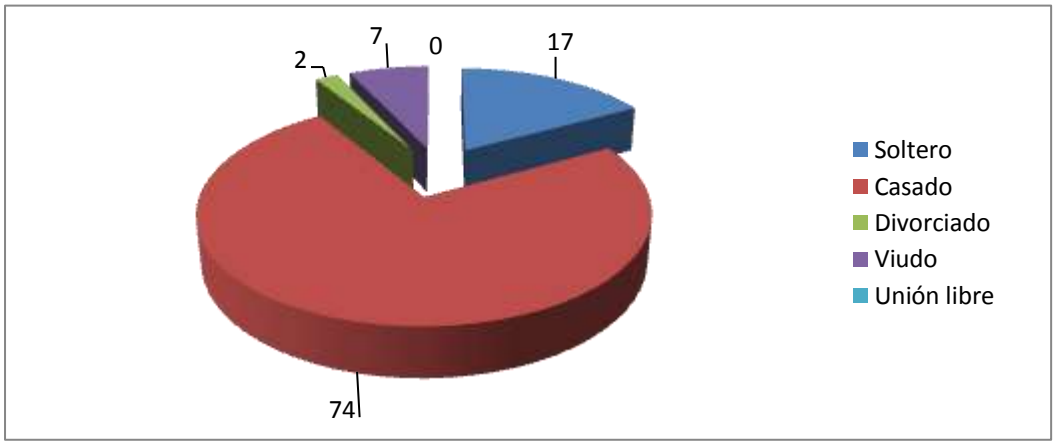


TABLA 4: ESCOLARIDAD DE LOS USUARIOS CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ninguna	0	0
Primaria incompleta	5	4
Primaria completa	12	11
Secundaria Incompleta	10	9
Secundaria completa	14	13
Educación superior	71	63
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los 112 pacientes investigados se registra que la mayor parte que sufren trastornos somatomorfos y de ansiedad tienen educación superior, con un porcentaje del 63%, seguido de pacientes con educación secundaria completa con un porcentaje del 13, seguido por pacientes con educación primaria completa con 11%, a continuación educación secundaria incompleta con un porcentaje de 9% y finalmente pacientes con educación primaria incompleta con 4%.

Interpretación Gráfica

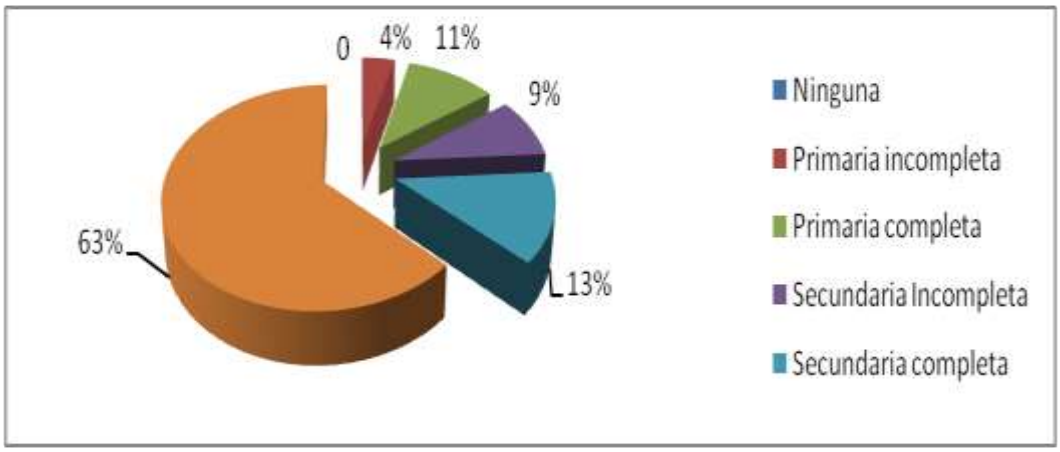


TABLA 5: OCUPACIÓN DE LOS USUARIOS CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Empleado público	38	34
Docente	25	22
Jubilado	20	18
Otros	25	22
Ninguna	4	4
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: En cuanto a la ocupación de los pacientes investigados con trastornos mentales, la mayor parte de estos corresponden a aquellos que son empleados públicos con un porcentaje de 34%, seguido por pacientes que se dedican a ser docentes con el 22%, al igual que pacientes con otras ocupaciones correspondiente al 22%, los jubilados corresponden al 18% y finalmente los pacientes que no tienen ocupación alguna con 4%.

Interpretación gráfica

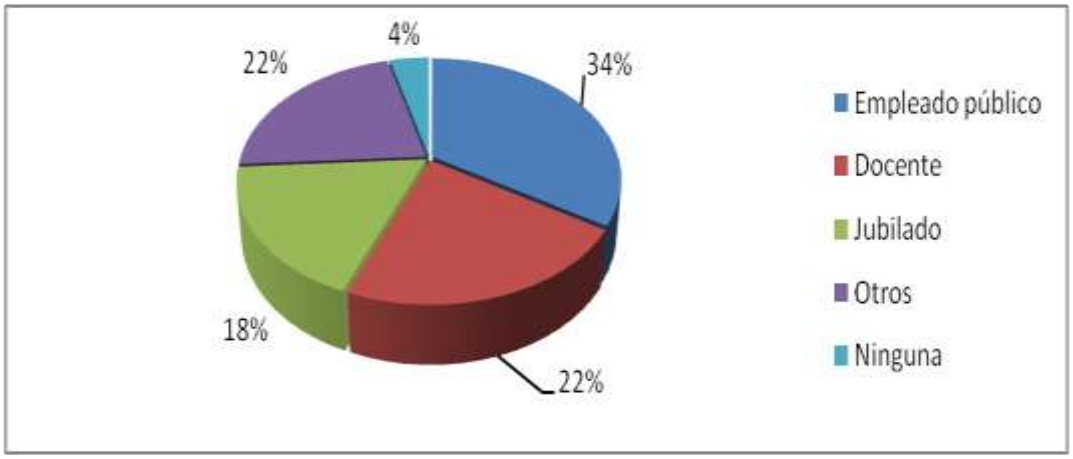


TABLA 6: LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS USUARIOS CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ciudad de Loja	68	61
Provincia de Loja	40	36
Otra provincia	4	3
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los 112 pacientes investigados, encontramos quela población nacida en la ciudad de Loja tiene más incidencia con un porcentaje del 61%, seguido de la población nacida en la provincia con un 36%, y finalmente la población nacida en otra provincia con un porcentaje de 3%.

Interpretación gráfica

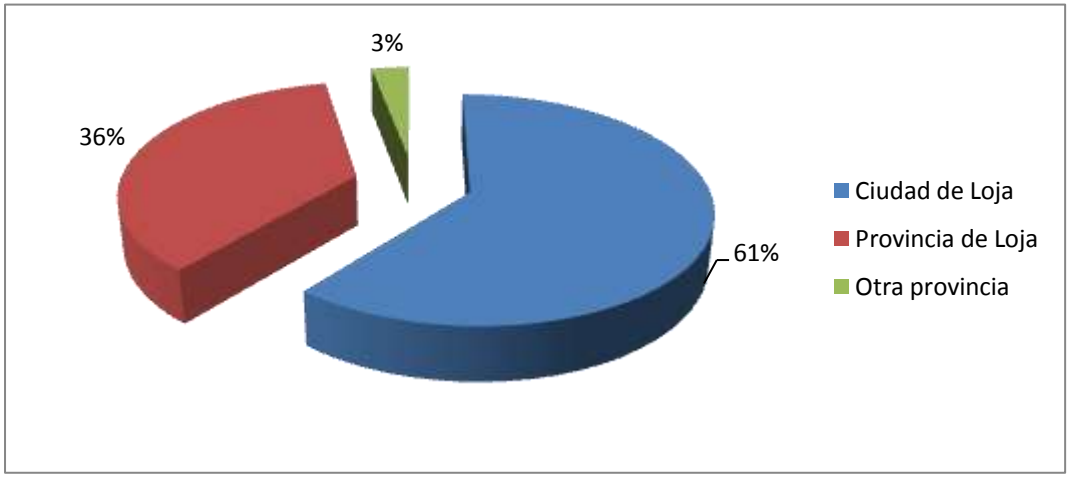


TABLA 7: LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ciudad de Loja	98	88
Provincia de Loja	11	10
Otra Provincia	3	2
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados con trastornos somatomorfos y de ansiedad, la mayor parte de la población con estas patologías corresponden a la que reside en la ciudad de Loja con un porcentaje de 88%, seguido por pacientes que habitan en la provincia con una frecuencia de 10%, y finalmente la población que reside en otra provincia con 2%.

Interpretación gráfica

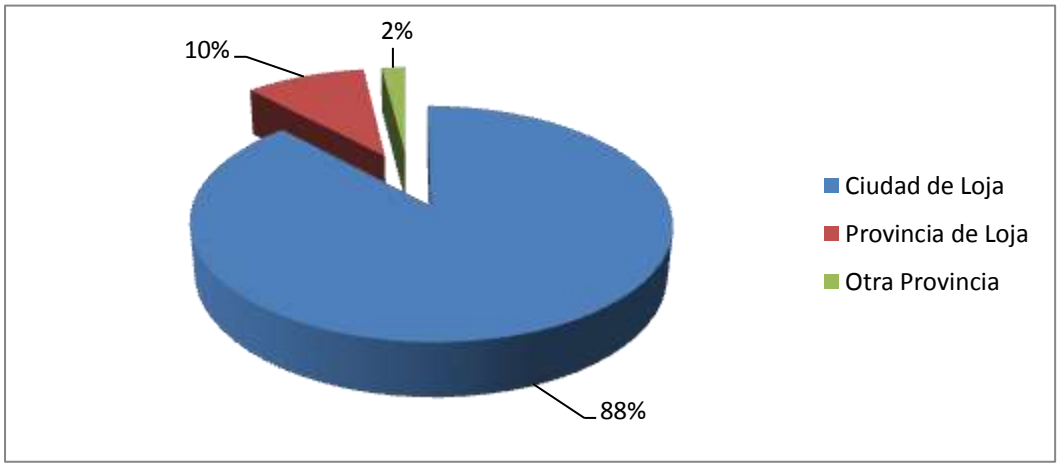


TABLA 8: TIPO DE TRASTORNO DE LOS USUARIOS CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

TIPO DE TRASTORNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Trastornos de Ansiedad	89	79
Trastornos Somatomorfos	23	21
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los 112 pacientes investigados que sufren de trastornos mentales, se registra que la mayor parte de estos sufren de trastornos de ansiedad con un porcentaje del 79%, seguido por pacientes que sufren trastornos somatomorfos con un porcentaje de 21%.

Interpretación gráfica

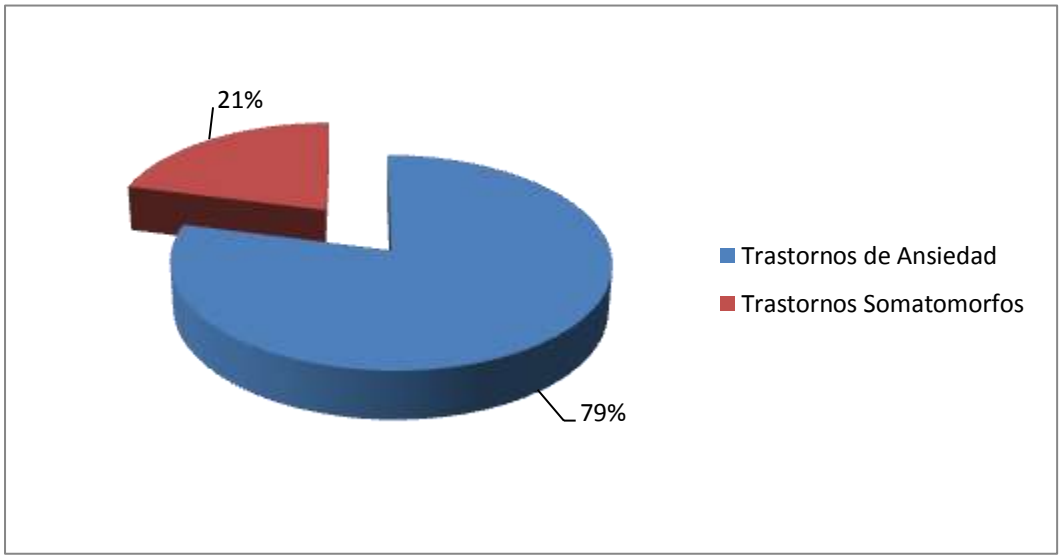


TABLA 9: TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA. AÑO 2007

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ansiedad Generalizada	58	66
Trastorno de Angustia	17	19
Fobias	4	4
Síndrome Obsesivo Compulsivo	4	4
Trastorno de Estrés Postraumático	6	7
TOTAL	89	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados que sufren de trastornos de ansiedad, la mayor parte de estos sufren de ansiedad generalizada con un porcentaje de 66%, seguido por los trastornos de angustia con 19%, el trastorno por estrés postraumático que representa el 7%, y por último tanto las fobias como el síndrome obsesivo compulsivo comprenden el 4%.

Representación gráfica

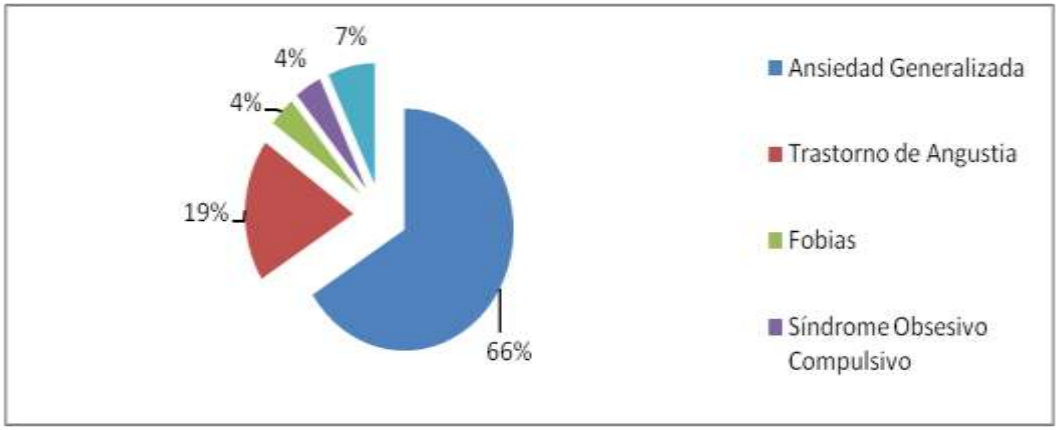


TABLA 10: TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA. AÑO 2007

TRASTORNO SOMATOMORFO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Trastorno de Somatización	12	52
Trastornos conversivos	2	9
Hipocondría	6	26
Trastorno Dismorfico Corporal	3	13
Trastorno de Dolor	0	0
TOTAL	23	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados que sufren de trastornos somatomorfos, el trastorno con mayor frecuencia corresponde al trastorno de somatización con 52%, seguido por la hipocondría con 26%, el trastorno dismórfico corporal con un porcentaje del 13%, los trastornos obsesivos compulsivos que corresponden al 9%, y finalmente el trastorno de dolor que no posee porcentaje alguno.

Interpretación gráfica

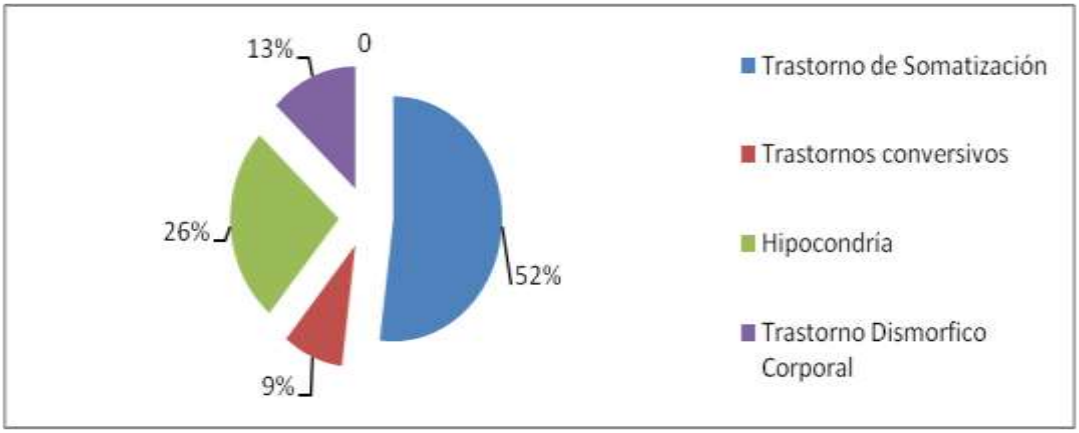


TABLA 11: PATOLOGÍAS ORGÁNICAS ACOMPAÑANTES EN PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

PATOLOGÍAS ORGÁNICAS ACOMPAÑANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	56	50
NO	52	46
SIN DATOS REGISTRADOS	4	4
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes atendidos que padecen trastornos somatomorfos y de ansiedad el 50% de estos sufre de patologías orgánicas acompañantes, seguido por 46% de pacientes que no sufren patología alguna y 4% de pacientes que no tienen registro alguno.

Interpretación gráfica

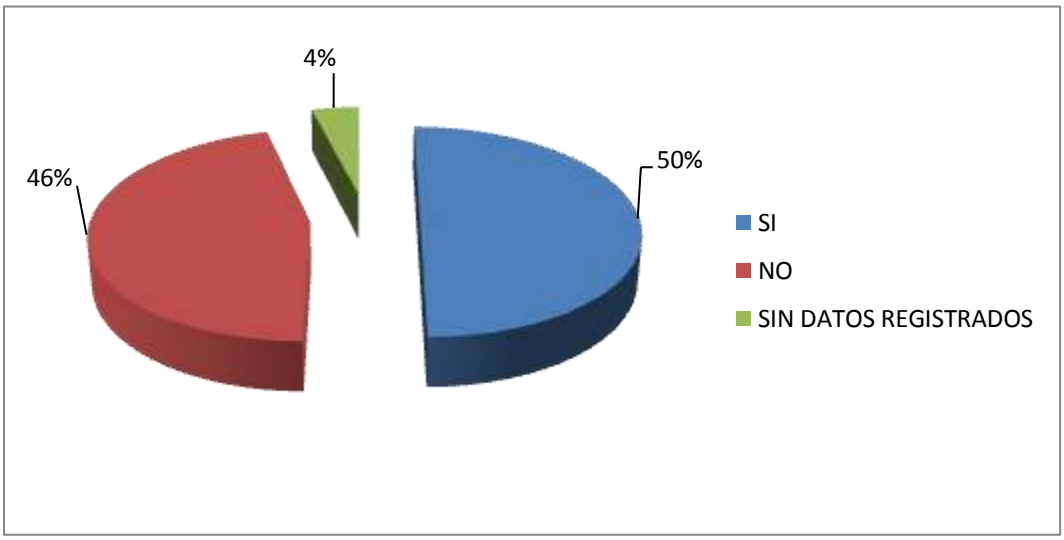


TABLA 12: CRONICICIDAD DE PATOLOGÍAS ORGÁNICAS ACOMPAÑANTES EN PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

CRONICIDAD DE PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
AGUDA	5	9
CRÓNICA	51	91
TOTAL	56	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes atendidos con patologías orgánicas acompañantes el 91% de los pacientes investigados presentan patología crónica, seguido de un escaso porcentaje del 9% que padecen de patología aguda.

Interpretación gráfica

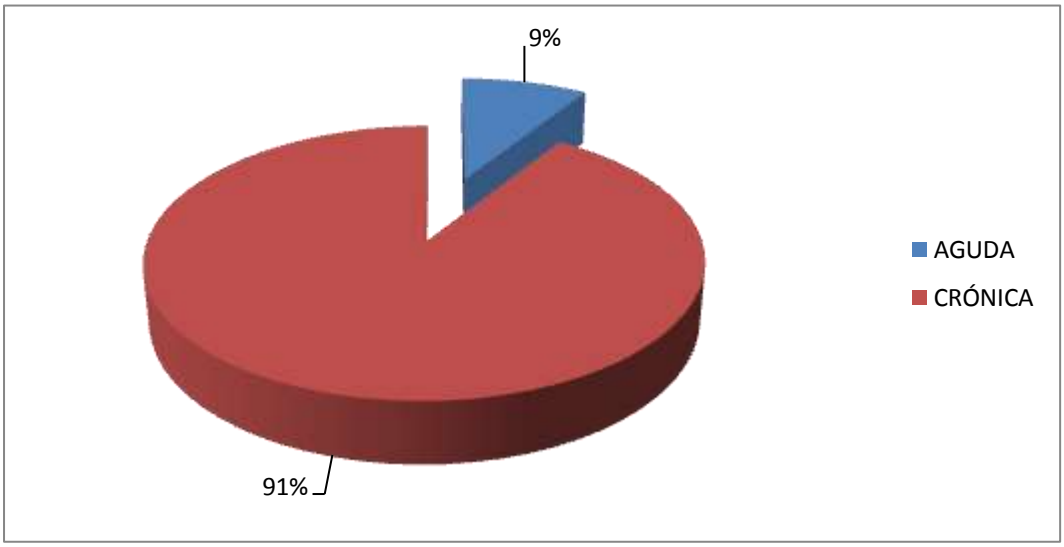


TABLA 13: TIPO DE PATOLOGÍAS ORGÁNICAS ACOMPAÑANTES EN PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

TIPO DE PATOLOGÍA ACOMPAÑANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	36	65
DIABETES MELLITUS	8	14
EPILEPSIA	3	5
OTROS	9	16
TOTAL	56	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados que padecen trastornos somatomorfos y de ansiedad, la mayor parte padece de hipertensión arterial con un porcentaje de 65%, seguido de diabetes mellitus con 14%, otros tipos de patologías representando el 16% y finalmente pacientes que padecen de epilepsia con 5%.

Interpretación gráfica

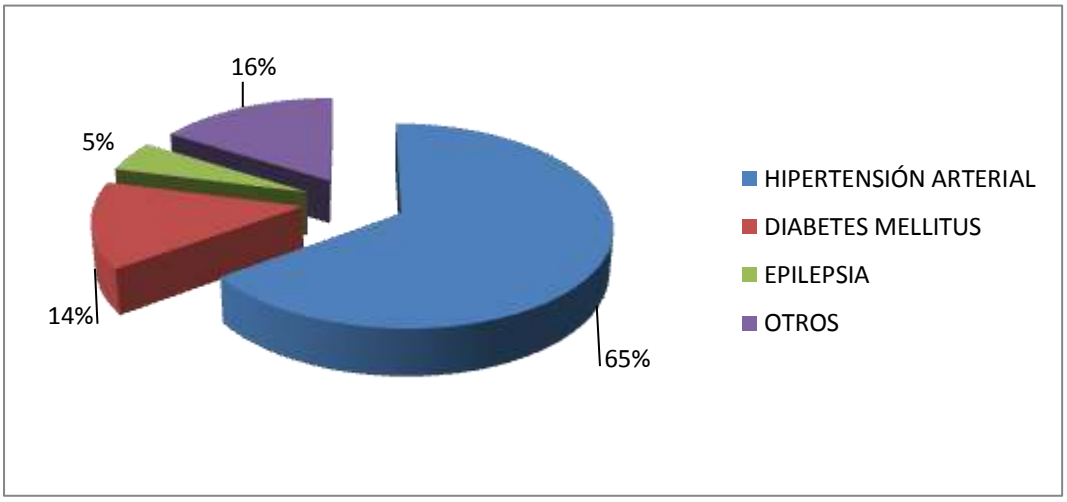


TABLA 14: DURACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA. AÑO 2007

DURACIÓN DEL TRASTORNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Menos de 3 meses	58	52
Mayor de 3 meses	53	47
Sin datos registrados	1	1
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los 112 pacientes investigados con trastornos somatomorfos y de ansiedad, el 52% de los pacientes padecen de estos trastornos menos de 3 meses, mientras que el 47% de los pacientes padecen estos trastornos más de 3 meses, y finalmente el 1% de pacientes cuyos datos aun no han sido registrados.

Interpretación gráfica

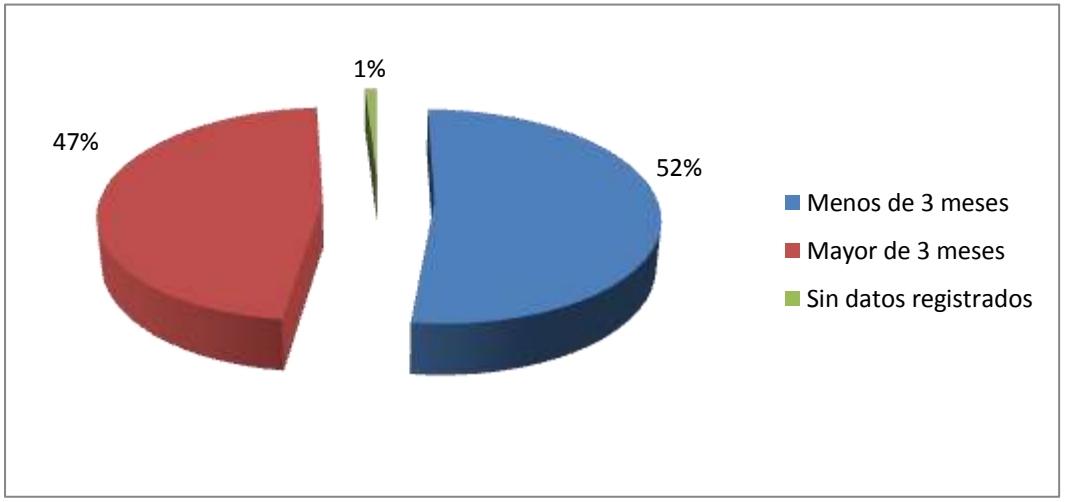


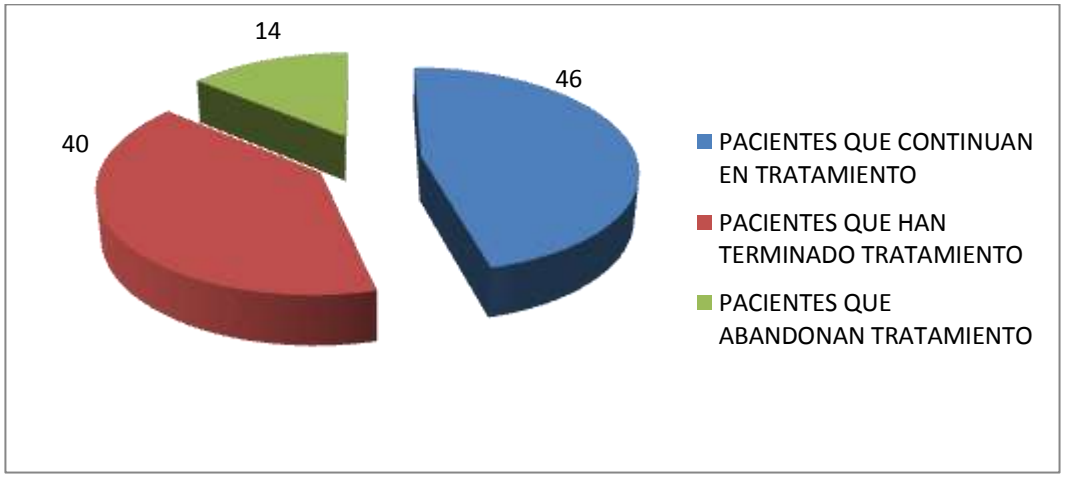
TABLA 15: CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y DE ANSIEDAD. AÑO 2007. MANUEL YGNACIO MONTEROS-LOJA

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PACIENTES QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO	52	46
PACIENTES QUE HAN CONCLUIDO EL TRATAMIENTO	45	40
PACIENTES QUE ABANDONAN TRATAMIENTO	15	14
TOTAL	112	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Año 2007
Elaboración: Carlos M. Carrión.

INTERPRETACIÓN: De los pacientes investigados que padecen trastornos somatomorfos y de ansiedad el 46% de los mismos continúan en tratamiento, mientras que los pacientes que han terminado el mismo corresponden al 40%, y con un 14% se registra a los pacientes que han abandonado el mismo.

Interpretación gráfica



V. DISCUSIÓN

- En el presente estudio, se demostró que el 58% de la población estudiada corresponde al género femenino comparado con 42% correspondiente al género masculino, lo cual se compara a un estudio realizado, en chile (Guillermo Hernández, hospital Barros Luco 2005) donde se demuestra que el mayor porcentaje de incidencia corresponde al sexo femenino con un porcentaje de 26.1% con una diferencia aproximada del 14% del sexo masculino.

- La edad encontrada se data con una edad promedio de 56.2 años al igual que esta investigación que nos brinda como resultado mayor prevalencia en pacientes entre 46 - 60 años, concordando que la prevalencia de los trastornos mentales están más sujetos a pacientes de sexo femenino y con rango de edad promedio.

- En cuanto al estado civil los resultados de la presente investigación demuestran que la mayor incidencia de pacientes con trastornos somatomorfos y de ansiedad pertenece a la población casada con un porcentaje del 74%, no concordando con los estudios realizados en España (Universidad de Rioja 2001) y en Chile (hospital Barros Luco 2005) que nos indican que el 49% de los pacientes están casados.

- En cuanto a la escolaridad los datos obtenidos demuestran que la mayor parte de pacientes atendidos con trastornos somatomorfos y ansiedad tienen educación superior equivalente al 63%, lo que indica que se diferencia de los estudios realizados en (Chile, Santiago Octubre 2006) donde nos indica que el mayor índice de pacientes se registra con educación primaria básica completa con 48% de prevalencia.

- El estado ocupacional en el cual la tasa de mayor incidencia pertenece al grupo de pacientes trabajadores públicos con 34% representando un porcentaje menor con estudios realizados a nivel de chile (2010) que nos indica la mayor tasa de incidencia con alta incidencia de pacientes mujeres amas de casa en un porcentaje del 69%.

- La mayor parte de los pacientes pertenecen y son residentes a la ciudad de Loja con alto índice de aproximadamente 61%.

- El tipo de trastorno al que se encuentran en mayor frecuencia se encuentran los trastornos de ansiedad en relación a los trastornos somatomorfos con un porcentaje de 79% acercándose al porcentaje de estudios realizados en New york (American Heart Journal, mayo del 2010) donde indica prevalencia de trastornos de ansiedad comprendiendo el 68% en relación con otros trastornos mentales.

- Dentro de los trastornos de ansiedad, la de tipo generalizada es la más relevante en el siguiente estudio comprendiendo un porcentaje del 66%, el mismo que comparándolo con estudios específicos (Chile, hospital Barros Luco 2005) nos indica que la mayor frecuencia en ese país es de trastorno por fobia con un porcentaje del 10% en relación con los otros tipos de trastornos de ansiedad.

- Dentro de los trastornos somatomorfos, en la siguiente investigación se demuestra que el más relevante de estos corresponde al trastorno de somatización que contempla un porcentaje entre el 15 y el 22%.

- La mayoría de pacientes que sufren de enfermedades mentales de ansiedad y somatomorfos se encuentran aquellos que padecen enfermedades orgánicas acompañantes en un porcentaje del 50% de

los cuales el 91% corresponden a patologías de tipo crónicas las cuales son mayores en comparación a los datos obtenidos en Nicaragua un porcentaje promedio de pacientes que sufren patologías orgánicas acompañantes representando el 32%.

- Finalmente cabe destacar que la mayor parte de enfermos por trastornos somatomorfos y de ansiedad que sufren estas patologías menos de 3 meses representan el 52% y los cuales aún continúan en tratamiento el 46% lo que representa una gran diferencia a los estudios realizados en México (Universidad de Tijuana, 2004) que indican la cifra de 34% de pacientes que sufren estas patologías menos de 3 meses y actualmente el 78% de las mismas aun continúan en tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Los resultados obtenidos de la presente investigación epidemiológica indican que existe un alta prevalencia de trastornos por ansiedad especialmente en la población femenina del sector de afiliados, así como etariamente es más frecuente entre la edad de los 46 – 60 años.

- ✓ En cuanto al estado civil de los pacientes investigados nos indica que los pertenecientes al grupo de población casada se encuentra en mayor porcentaje a sufrir de trastornos de ansiedad, lo cual se podría considerar uno de los factores incidentes en el origen de estas patologías.

- ✓ La escolaridad de los pacientes investigados nos demuestra que la mayoría de ellos ha cumplido con el ciclo educativo de los niveles primario, secundario y superior, junto con la ocupación de cada uno de estos, llegamos a la conclusión que constituyendo el gran nivel de formación que tienen los mismos. En cuanto al lugar de nacimiento como de residencia, la mayor parte de los pacientes que padecen de trastornos somatomorfos y de ansidedad son nacidos y residentes en la ciudad de Loja

- ✓ El tipo de trastorno que presentan los pacientes investigados, el mayor porcentaje se registra en pacientes con trastornos de ansiedad con 79%, constituyéndose dentro de estos el trastorno de ansiedad generalizada con mayor prevalencia en la población, en comparación con los trastornos somatomorfos con escaso porcentaje de los cuales el trastorno de somatización es el más prevalente.

- ✓ En cuanto a los pacientes que poseen patologías acompañantes además de los trastornos de ansiedad y somatomorfos existe mayor índice de enfermedades crónicas dentro de las cuales son más destacadas la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, junto con la duración del trastorno en la cual la mayoría de la población presenta una cronicidad menor a 3 meses y de las cuales la mayor parte todavía se encuentran en tratamiento y control.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Dar a conocer los resultados obtenidos al personal médico y administrativo del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja con el fin de dar más importancia en el registro, atención y prevención de estas patologías, que son frecuentes en nuestro medio.

- ✓ Continuar con el estudio correspondiente y mayor investigación en pacientes solteros y casados que tengan contacto con entorno y servicio público, para que estos a su vez tengan menor estado de estrés tanto en su vida laboral como en su vida personal y social.

- ✓ Brindar mayor seguimiento y atención integrada a los pacientes residentes en la ciudad de Loja aportando con información y creación de un centro de rehabilitación mental para cada uno de los pacientes afectados, así como promoción y prevención de los trastornos de ansiedad y somatomorfos.

- ✓ Promover el control adecuado de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en el hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, así como apoyo moral y psicológico a quienes continúan en tratamiento para evitar el abandono de los mismos, y la presencia de trastornos de ansiedad y somatomorfos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. ESPARZA, David, Los Trastornos de Ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI, 2003. (en línea), consultado el 6 de Dic. 2008. Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com.

2. PEREZ, Carlos. Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural, Estudio monográfico, Universidad de Granada Año 2005.

3. KAPLAM, Harold y otros. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta. 2000, Octava Edición, Editorial Panamericana. España

4. HOWARD H, Goldman, Psiquiatría General. 1997. Segunda Edición, Editorial El manual moderno. México, D.F.

5. BERKOW. Robert. Manual Merck de Información Médica General. 1999, Décima Edición, Editorial Océano S.A. España

6. RODES, Teixidor. Medicina Interna. 1997. Tomo I. Primera Edición. Editorial Masson S.A. España

7. ALARCON, Renato, Psiquitría. 2005. Segunda Edición.

8. BARLOW, David. Psicología Anormal. Un enfoque integral. 2001, Segunda Edición, Editorial Carsa. México DF

9. RUTTER, Michael. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes. 2007, Editorial Panamericana. Buenos Aires

10. MYERS. David. Psicología. 2006, Séptima Edición, Editorial Panamericana. Madrid España.

11. VELEZ. Hernán. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 1999. Tercera Edición. Medellín Colombia

12. VIDAL, Alberto. Medicina Interna de Farreras. 2000, Décimo Tercera Edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, Madrid

13. MENEGHELLO. Julio. Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. 2000. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

14. KASPER, Dennis L. y otros, Harrison Principios de Medicina Interna. 2005. Décimo Sexta Edición, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., Chile.

15. MACÍAS, José Ángel. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria. 1998. Valladolid España.

16. FUENTEALBA, Claudio. Trastornos Somatomorfos y Disociativos. 2005. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.

17. DURAND, Mark. Psicopatología. 2004. Tercera Edición, Editorial Thomson. Madrid España.

18. HALES, Robert E. Tratado de Psiquiatría. 2005. Tercera Edición, Tomo uno, Editorial Masson. Barcelona.

19. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995. Cuarta Edición. Editorial Masson. Barcelona

20. LOZANO M. Trastornos Somatomorfos Urogenitales, una Psiquiatría para Urólogos. Servicio de Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el tratamiento. 1992. Editorial Meditor. Madrid

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

FICHA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS INVESTIGADAS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN

I. Datos personales:

a) HCL:

M ( ) F ( )

b) Edad:

15 – 30 ( )
31 – 45 ( )
46 – 60 ( )
61 – 75 ( )
>75 ( )

c) Estado civil:

Soltero/a ( )
Casado/a ( )
Viudo/a ( )
Divorciado ( )
Unión Libre ( )

d) Instrucción:

Ninguna ( )
Primaria incompleta ( )
Primaria completa ( )
Secundaria incompleta ( )
Secundaria completa ( )

e) Ocupación:
……

f) Lugar de Nacimiento: ……

g) Lugar de Residencia:……

II. Tipo de patología:

- Trastorno de Ansiedad: SI… NO…

  Ansiedad Generalizada ( )
  Trastorno de angustia ( )
  Fobias ( )
  Sd. Obsesivo compulsivo ( )
  Estrés postraumático ( )

- Trastorno Somatomorfo: SI… NO…

  Trastorno de Somatización ( )
  Trastornos conversivos ( )
  Hipocondría ( )
  Trastorno dismórfico corporal ( )
  Trastorno de dolor ( )

III. Patologías asociadas:

Patologías orgánicas

SI ☐ NO ☐

Aguda ( ) Crónica ( )

Cual:…….....

IV. Duración del trastorno:

Menos de 3 meses ( ) Mayor a 3 meses ( )

V. Continuidad del tratamiento:

Continua en tratamiento	SI ( )	NO ( )
Terminó el tratamiento	SI ( )	NO ( )
Abandona el tratamiento	SI ( )	NO ( )

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii

CAPÍTULO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	3
III. MATERIALES Y MÉTODOS	34
IV. RESULTADOS	37
V. DISCUSIÓN	52
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	57
VIII. BIBLIOGRAFÍA	58
IX. ANEXOS	61