

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**ANSIEDAD O DEPRESIÓN COMO CAUSA DE SOMATIZACIÓN EN
PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS ATENDIDOS EN UNIDAD DE SALUD EL
CARMEN, CUSCATLÁN, JULIO 2016.**

PRESENTADO POR:

ALICIA ANDREA FABIÁN BARRIERE

ISSIS LYDIA FUENTES PORTILLO

DANIEL ANTONIO HERNÁNDEZ GARCIA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESORA:

DRA. ANA CONCEPCION GUADALUPE POLANCO

SAN SALVADOR, AGOSTO 2016.

CONTENIDO

I.	TÍTULO	3
II.	RESUMEN.....	4
III.	INTRODUCCIÓN.....	5
IV.	OBJETIVOS	10
V.	MARCO TEÓRICO	11
VI.	HIPÓTESIS	23
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
VIII.	RESULTADOS	31
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
X.	CONCLUSIONES.....	43
XI.	RECOMENDACIONES	45
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
XIII.	ANEXOS	48

I. TÍTULO

**ANSIEDAD O DEPRESIÓN COMO CAUSA DE SOMATIZACIÓN EN
PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS ATENDIDOS EN UNIDAD DE SALUD EL
CARMEN, CUSCATLÁN, JULIO - 2016.**

II. RESUMEN

El presente estudio de tipo cualitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, se realizó en el periodo de julio del año 2016, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de El Carmen. Se estudió la problemática en pacientes de 18 a 59 años de edad, con síntomas somáticos sin una explicación medica clara, se les evaluó si presentaban algún tipo de ansiedad o depresión, estimando además los factores sociodemográficos tales como edad, sexo, y procedencia.

La valoración de los pacientes se realizó mediante dos test estandarizados que pudieran ser utilizados por personal del primer nivel de salud, como lo son el test de Souza para somatización y el de Goldberg para ansiedad y depresión.

Los resultados encontrados hacen notar que de la población con somatización (66%), la mayoría se encontró entre las edades de 26 y 35 años, provenientes de la zona rural, y sexo femenino. Se debe considerar que la muestra estudiada del sexo masculino en el estudio que fue de un 36%, por lo que, para efectos comparativos, carece de representatividad estadística.

La mayoría presentaba más ansiedad que depresión, se hace notar que entre los hombres el trastorno más encontrado fue el de depresión.

III. INTRODUCCIÓN

Cumpliendo con los requisitos de graduación para el título de doctorado en medicina, este grupo de investigación se constituye motivado a observar un fenómeno recurrente en la consulta médica del primer nivel y del que se conoce poco en el medio.

Dicho problema se refiere a aquellas consultas de pacientes adultos de ambos sexos, quienes expresan adolecer de sintomatología clínica que no encaja en la historia clínica mencionada, ni orienta a ninguna enfermedad específica.

Estos padecimientos que se identificarán como “somatización” son parte del gran vacío que existe en la atención de salud del país, y es que muchas veces estas enfermedades responden a una base de trastorno mental depresivo o de ansiedad, que evidentemente no pasa desapercibido al médico general, pero no es estudiado ni medicado adecuadamente, ante la ausencia de atención psiquiátrica o psicológica necesaria para el manejo de los mismos.

A través de una metodología de investigación descriptiva, transversal, y con una muestra no estadística, serán sometidos a investigación a todos aquellos pacientes adultos de ambos sexos, de edades entre 18 a 59 años, que lleguen a consultar a la unidad comunitaria de salud familiar el Carmen, en el departamento de Cuscatlán, durante el mes de julio de 2016, con síntomas clínicos e historia clínica ya mencionada, y a través de un instrumento construido por los investigadores para obtener los datos, además de la información demográfica, se incluirán preguntas orientadas a determinar si el paciente adolece de somatización, y luego evidenciar si los síntomas que lo traen a la consulta de ese momento son secundarios a ansiedad o depresión.

Este instrumento será fortalecido con la inclusión de dos test estandarizados internacionalmente para el uso del profesional de salud del primer nivel no psiquiatra y que le apoya en detectar estos trastornos.

Luego de la recolección de datos, estos serán sometidos a evaluación estadística básica y se tratara de evidenciar una alta incidencia de depresión o de ansiedad en los pacientes evaluados. Esto permitirá remitir a estos pacientes detectados a una consulta oportuna de salud mental, y separar aquellos otros pacientes que necesitan atención de otro nivel de atención.

Antecedentes

La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en la consulta de atención primaria. Muchos pacientes presentan estos síntomas incidentalmente pero otros lo padecen crónicamente y persisten mucho tiempo buscando atención médica. Los síntomas somáticos en estos pacientes representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población en general¹.

Este escenario clínico ha sido denominado de varias formas: somatizaciones, cuadros funcionales, síntomas físicos sin explicación médica, trastorno de somatización, somatización, etc. En El Salvador tanto los informes del Ministerio de Salud², como los resultados de investigaciones empíricas demuestran que la ansiedad y la depresión son las dos alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña³. Los problemas mentales tienen costos en términos humanos, sociales y económicos (OMS, 2005), es decir que el incremento de los trastornos mentales a nivel mundial tiene un alto costo en sufrimiento humano, la discapacidad y pérdidas económicas (OMS, 2001). Sin embargo, la salud mental se puede mejorar con las acciones apropiadas (OMS, 2005). Es por ello

que es importante identificar el estado de salud mental de los salvadoreños y qué factores pudieran estar incidiendo en el bienestar psicológico, con la intención de orientar las intervenciones futuras y la investigación.

En el primer nivel de atención, se da muy poca o ninguna importancia a la atención de la salud mental, muchos pacientes asisten a los centros de salud, con sintomatología somática, cuando en realidad están padeciendo un trastorno somatización, secundario a ansiedad y depresión, en este sentido Valencia y col⁴ en su tesis de graduación de la Universidad de El Salvador en el año 2010, estudiaron ansiedad y depresión en pacientes de 21 y 59 años en el primer nivel de atención, mediante un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicaron un test de ansiedad y depresión resultando 48.66% de la población estudiada con algún tipo de trastorno, siendo la depresión el dominante. Valencia y col recomiendan medidas generales de convivencia para reducir los niveles de ansiedad y depresión.

En otro estudio, Valdés y Alemán, en la tesis de graduación de la Universidad de El Salvador estudiaron la relación entre trastorno depresivo y de ansiedad con la cefalea tensional, en la población mayor de 15 años usuaria de la unidad de salud de La Palma, Chalatenango, en el 2002, mediante un estudio descriptivo transversal, estudiaron a 100 pacientes, utilizando los criterios del Internacional Headache Society (IHS), evidenciaron que el sexo femenino es el más afectado 91% versus 9% del género masculino, además el 84% de las personas que consultaron por cefalea tenían un trastorno depresivo o ansioso, prevaleciendo la depresión sobre la ansiedad. Recomendaron reforzar y aplicar el programa de salud mental y afines del ministerio de salud. Sin embargo estos estudios están limitados debido a que el sexo femenino es el género que más consulta.

Hernández y colaboradores en su tesis de graduación en 2008 estudiaron el subregistro del trastorno depresivo en el primer nivel de atención, un estudio

descriptivo; modalidad estudio de casos, encontraron un total 48.6% de depresiones subregistradas bajo el cuadro de somatizaciones, a la vez un subregistros de trastorno de ansiedad con un 24.3% y también postulan al sexo femenino como factor de riesgo para padecer trastorno depresivos.

En la Unidad de Salud El Carmen no se encontraron registros de estudios de esta índole.

Justificación

En la atención cotidiana, el personal de salud de la Unidad de Salud El Carmen y el núcleo de investigación observan una cantidad de pacientes con sintomatología sugestiva de ansiedad o depresión que a la vez presentan síntomas de somatización; volviendo estas consultas recurrentes, lo que lleva a gastos innecesarios al sistema de salud, tales como recurso humano, tiempo de consulta, medicamentos, pruebas diagnósticas de laboratorio y gabinete, papelería y otros insumos médicos, como también al paciente como gastos de transporte e inversión de tiempo. La insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la falta de reconocimiento del origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad.

En el estudio se pretende detectar a estos pacientes de manera oportuna y derivar para atención adecuada, además los resultados de esta investigación se presentarán a la Unidad de Salud el Carmen para que conozcan la magnitud del problema, tomen las medidas necesarias para mejorar la salud mental de su población y den continuidad a esta iniciativa.

Planteamiento del Problema

Tomando como base la experiencia práctica del núcleo de investigación se investigará:

¿Cuántos pacientes entre 18 y 59 años que acuden a la consulta diaria de la Unidad de Salud de El Carmen en el departamento de Cuscatlán, por síntomas somáticos, sin enfermedad física, en realidad presentan un trastorno de somatización secundario a ansiedad o depresión?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar a pacientes entre 18 y 59 años que consultan en la Unidad de Salud de El Carmen por síntomas somáticos, sin enfermedad física, para definir si se debe a un trastorno secundario a ansiedad o depresión, Julio 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detallar las características socio-demográficas de los pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen, en Julio 2016.
- Seleccionar a los pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen en Julio de 2016, por síntomas somáticos, estableciendo quienes somatizan y quedan caracterizados dentro de esta etiología psiquiátrica.
- Identificar de entre los pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen en Julio 2016 detectados con síntomas de somatización sin enfermedad física demostrable, para establecer si presentan estos síntomas debido a ansiedad o a depresión.

V. MARCO TEÓRICO

Salud es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona, también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona. La salud se puede clasificar en tres áreas:

La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.⁵

En la actualidad, los trastornos mentales son altamente prevalentes y entre ellos destacan la depresión y la ansiedad. Gran parte de los pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos son vistos cada vez más en Atención Primaria.⁶

Tabla 1: Tasa de prevalencia y odds ajustados para cualquier trastorno mental en población española en función de características sociodemográficas

	Tasa de prevalencia	OR ajustado (IC 95%)
Sexo		
Hombres	5.2	-
Mujeres	11.4	2.4(1.8-3.1)
Edad		
18-24 años	10.1	-
25-34 años	8.5	0.7(0.4-1.2)
35-49 años	8.4	0.7(0.4-1.1)
50-64 años	9.1	0.6(0.4-1)
Mayores 65 años	6.6	0.3(0.2-0.7)
Estado civil		
Casado o en pareja	7.7	-
Previamente casado	12.9	1.7(1.2-2.4)
Nunca casado	8.8	Ns
Nivel de estudios		
0-4 años de estudios	9.1	-
5-8 años	8.5	Ns
9-12 años	8.5	Ns
Más de 13 años	8.2	Ns
Tamaño del municipio		
<10.000 hab.	7.9	-
10.000-15.000 hab.	8.4	Ns
50.000-5000.000 hab.	8	Ns
Más 500.000 hab.	10.1	Ns
Situación laboral		
Empleo remunerado	7.4	-
Desempleado	14.7	1.8(1.2-2.9)
Jubilado	6.2	1.2(0.7-2)
Ama de casa	9.7	Ns
Estudiante	7.3	Ns
Baja maternal	7.3	Ns
Baja enfermedad	15.4	2.4(1.2-4.8)
Discapacitado	19.4	3.4(2-5.8)
Otros	12.9	Ns
NS/NC	2.8	

Fuente: guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad³

ANSIEDAD

La descripción de los trastornos de ansiedad data desde épocas bíblicas. Burton a mediados del siglo XIX empieza a darle importancia al síntoma de forma independiente, así la taquicardia correspondía a una afección del corazón o la taquipnea de los pulmones. Freud en el mismo siglo agrupa a los síntomas de irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios y síntomas autonómicos) cuyo origen podía ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad dando origen al ahora conocido trastorno de ansiedad generalizada y trastorno del pánico.

La ansiedad es los trastornos mentales más prevalentes en la población en general puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpáticos y parasimpáticos⁷.

La prevalencia en la población española de cualquier trastorno mental, en relación con los trastornos afectivos o del estado de ánimo y los trastornos por ansiedad según el grupo etario. Destaca el pico de los trastornos por ansiedad y los trastornos mentales en general, en el tramo de 18 a 24 años, y el repunte de todas las patologías psiquiátricas, incluidos los trastornos afectivos o del estado de ánimo, en el grupo etario de los 50 a 64 años (tabla 2).

La ansiedad (angustia) es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente En general, los trastornos de ansiedad son dos veces más frecuentes en mujeres, y presenta una edad de inicio entre los 20 y los 40 años, con una duración media antes de consultar al psiquiatra de 5 años. La aparición de los trastornos de ansiedad puros disminuye con la edad, dando paso a formas ansiosas de estados depresivos de base. Los factores culturales, asimismo, pueden modificar o encubrir verdaderos trastornos de angustia amenazado por un peligro externo o interno.

Tabla 2. Prevalencia de trastornos mentales comunes en población española clasificados según DSM-IV por grupos de edad.			
Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno afectivo o del ánimo	Trastorno de ansiedad
18-24 años	10.1	3.8	7.8
25-34 años	8.5	3.4	4.2
35-49 años	8.4	4.5	4.5
50-64 años	9.1	5.4	6
Mayores 65 años	6.6	4.4	3.9

Fuente: Al. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad.³

Los trastornos de ansiedad pueden considerarse uno grupo de trastornos mentales distintos, pero relacionados, que incluyen los siguientes, tal como están clasificados en el DSM IV:

1. Trastorno de angustia con o sin agorafobia.
2. Agorafobia con o sin trastorno de angustia.
3. Fobia específica.
4. Fobia sociales.
5. Trastorno obsesivo compulsivo.
6. Trastorno por estrés postraumático.
7. Trastorno por estrés agudo.
8. Trastorno de ansiedad generalizada.

Según el Ministerio de Salud de El Salvador definen ansiedad como una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con un sentimiento de temor y

tensión emocional acompañado de diversos síntomas emocionales. Es una sensación de un peligro venidero, indefinible, no previsible, de causa vaga e incomprensible. La ansiedad se caracteriza por tener síntomas físicos y psicológicos, y el sustrato psicológico en que se asienta es predominantemente neurovegetativo.⁸

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpáticos y parasimpáticos.

DEPRESIÓN

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes. Recientemente se ha calculado que a nivel mundial 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental, entre 121 a 150 millones de ellos sufren depresión.⁹ Hasta un 10-15% de las depresiones mayor pueden llegar a la muerte por suicidio. La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados, y será el principal motivo en todo el mundo en el año 2020, según la OMS.

La edad media de comienzo de la depresión en los diversos estudios es bastante uniforme y se sitúa próxima a los 30 años, siendo similar en los dos sexos.

En cuanto a las tasas de incidencia, pese a que los trabajos de este tipo son escasos, se pueden establecer en torno a 500- 1.000 nuevos depresivos por cada 100.000 habitantes y año.

Entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que en el hombre, al menos en las edades medias de la vida. El riesgo de cronicidad es mayor en la mujer. La edad de mayor riesgo es en torno a la tercera década de la vida. El estado civil que

con mayor frecuencia se asocia a padecer un trastorno depresivo mayor es el estar previamente casado (separado o divorciado).

Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de esta enfermedad, al menos para las depresiones leves. Un importante factor protector de este trastorno es el poseer una amplia red de apoyo social.

DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para realizar diagnóstico de ansiedad o depresión se puede utilizar un test de cribado llamada escala de Goldberg, su población diana es la Población general. La versión española, fue desarrollada por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).¹⁰

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, donde se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Está comprendido por dos subescalas (Anexo 2), una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .¹¹

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Los fenómenos de somatización se conocen en Medicina desde hace siglos, aunque su historia se ha solapado con la de la histeria. La primera referencia escrita de este trastorno la realizaron los egipcios en 1900 a C. a través del Papiro de Kahun. En el Corpus Hippocraticum reconocieron también el trastorno de somatización. Durante la Edad Media, muchos pacientes histéricos acabaron en la hoguera, acusados de brujería. A finales del S. XVI, Le Pois rechaza el origen uterino de la histeria y Sydenham, en 1682, descubre la hipocondriasis como contrapartida masculina del mismo trastorno. El psiquiatra francés Paul Briquet (1859) describe de forma exhaustiva la clínica de la enfermedad y Freud formula, alrededor de 1895, los mecanismos de la histeria de conversión. A lo largo del siglo XX, a través de estudios clínicos, epidemiológicos y de seguimiento, se estableció la validez, fiabilidad, estabilidad temporal y consistencia interna del Síndrome de Briquet, demostrando su independencia de los trastornos ansiosos y depresivos. La categoría de los trastornos somatomorfos se creó en 1980, cuando se describió por primera vez en el DSM-III, abandonando el epónimo de Síndrome de Briquet, y en la cuarta versión de este manual (DSM-IV) se pulieron los conceptos de este trastorno que conocemos en la actualidad.¹²

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias". En otras palabras su definición sería Síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, con un importante estrés psicológico

asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica.

La Organización Mundial de la Salud, ha hecho investigaciones en diferentes grupos de población que refleja una relación directa entre la ansiedad y depresión y la aparición de somatización, prevaleciendo síntomas tales como cefalea, dismenorrea, dolor de espalda, cansancio. Se encontró que existe una relación directa entre el nivel de ansiedad y depresión con la presencia de somatización.

La Salud Mental en los países en desarrollo permanece oculta sobre problemas mayores tales como violencia, delincuencia, pobreza desnutrición, desempleo, niveles de vida, además el enfoque de salud es básicamente biologicista, por lo que los problemas de salud quedan ocultos, sin embargo siempre latentes en consultas diarias.

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido señalada como relevante. Si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental, ha recibido nuevamente atención en la última década, algunos estudios han ligado síntomas específicos de trauma a patrones específicos de sintomatología somática. Por ejemplo, los sobrevivientes de abusos sexuales informan tasas elevadas de síntomas ginecoobstétricos o gastrointestinales inexplicables. Asimismo, la somatización se ha asociado a un número de diagnósticos psiquiátricos, en los cuales se ha relacionado la comorbilidad de trastornos psiquiátricos con somatización, ya sea basados en estudios con población psiquiátrica o de atención primaria de salud, pudiendo encontrar mayor riesgo relativo de somatización que la población general en trastorno de pánico, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y episodio maníaco.

Otros estudios señalan que entre el 38% y 60% de los pacientes informan de síntomas que no pueden ser relacionados con una enfermedad o patología

orgánica.

Etiología de trastorno de somatización

Factores genéticos

La propuesta clásica de una base genética común para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo.

Factores biológicos

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala.

Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus ceruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro.

Factores biopsicosociales

Parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización.¹³

Las mujeres que presentan un trastorno por somatización suelen tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente y suelen casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos.

Diagnóstico

El DSM-IV establece criterios diagnósticos para el trastorno por somatización en base a síntomas o quejas físicas de años de duración, desde antes de los 30 años de edad, que implican disfunción social, laboral u otras, y todas las siguientes manifestaciones en algún momento durante la evolución del trastorno:

- 1) cuatro síntomas dolorosos diferentes (cefalea, dorsalgia, dolor en extremidades, dolor torácico, disuria, dismenorrea o dispareunia);
- 2) dos síntomas gastrointestinales diferentes del dolor (náusea, distensión abdominal, vómitos fuera del embarazo, diarrea o intolerancia a la comida);
- 3) un síntoma sexual (síntomas menstruales, disfunción eréctil o eyaculatoria o indiferencia sexual);
- 4) un síntoma pseudo-neurológico diferente del dolor (sordera, parálisis, globus faríngeo, afonía, debilidad, anestesia o ceguera).

Los síntomas siempre son graves e incapacitantes y no guardan proporción con los hallazgos orgánicos.

Como la lista de síntomas funcionales posibles en el trastorno por somatización es muy larga para ser explorada en atención primaria, Othmer y DeSouza desarrollaron una lista de 7 síntomas sin explicación orgánica. Con un punto de corte de 2 síntomas o más el test tiene una sensibilidad del 63% y una especificidad del 69% y con 3 síntomas tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 97% y clasifica bien al 91% de los casos (Tabla 1).

Tabla 3: Test de cribado de Othmer y DeSouza para el trastorno por somatización con siete síntomas	
Nemotécnica/ Síntomas	Sistema afectado
Respiración entrecortada	Respiratorio
Dismenorrea	Reproductor
Quemazón genital	Psicosexual
Nudo en la garganta (dificultad para tragar)	Seudoneurológico
Amnesia	Seudoneurológico
Vómito	Gastrointestinal
Dolor en extremidades	Musculoesqueletico

Fuente: Othmer y DeSouza, 1985 ¹⁰

En El Salvador, pese a que es un país que en su historia reciente ha tenido una guerra civil, tiene una violencia social y delincuencial impactante, con débiles políticas sociales y económicas. Fue hasta el año 2011 que se creó la Política nacional de salud mental, se están integrando los equipos multidisciplinares de atención en salud mental en los hospitales generales y los equipos comunitarios en salud (Ecos).

Tanto los informes del Ministerio de Salud, como los resultados de investigaciones empíricas demuestran que la ansiedad y la depresión son las dos alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña.¹⁴

En El Salvador algunos estudios revelan que los problemas de salud mental tienen una prevalencia que oscila entre 34 a 65.5% de la población (Gutiérrez, 2009), para los años 2001, 2002, 2005 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud (Ministerio de Salud, MINSAL, 2003, 2010, 2012). Asimismo para los años 2006-2012, la ansiedad aparece en primer lugar y la depresión como segunda causa de consulta de los trastornos mentales (MINSAL, 2012). Escalante, (MINSAL, 2010) informó de 1.287 suicidios, y 761 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. (Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de Vigilancia semanal (MINSAL, 2012). Ministerio de salud Pública (MINSAL) (2011). Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial, San Salvador: El Salvador.) En el 2013 se reportaron 37,732 casos anuales de ansiedad y de depresión 9,017. En 2014 se reportaron 34,665 casos de ansiedad, depresión 8339 y en el año 2015 33,833 y depresión 7675.¹⁵

Tabla 4: Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia										
Trastornos mentales y del comportamiento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ansiedad	44,813	38,879	37,305	27,180	29,954	40,869	43,356	37,732	34,665	33833
Depresión	8,204	7,863	7,089	5,471	4,867	9,118	9,875	9,017	8339	7675
Intento suicidas	495	731	858	761	757	916	1,100	Sin datos	Sin datos	Sin datos

Fuente: vigilancia epidemiológica semanal, VIGEPES 04 (MINSAL 2016)

VI. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

Más del 50% de pacientes en la Unidad de Salud de El Carmen, que consultarán en Julio 2016, se presentaran con síntomas somáticos debido a que adolecen del trastorno somatización secundario a ansiedad o depresión.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación

-Tipo descriptivo porque se observó el problema sin modificarlo, solamente se estudiara su comportamiento en el periodo determinado.

-Observacional no participante: ya que el investigador no se interrelacionara con los sujetos de la investigación, solamente los observara y revisara los datos.

-De corte transversal: debido a que se harán varias intervenciones durante el tiempo establecido según el cronograma; cada sujeto será observado una solo vez.

2. Periodo de investigación

-Se ejecutó en el periodo de Julio 2016 durante los días de consulta corriente, definida como aquella atención integral de los pacientes en horarios de 7:30 a 15:30 de lunes a viernes, exceptuando días feriados en la Unidad de Salud El Carmen Cuscatlán.

3. Universo (Unidades de observación y análisis)

- Universo: habitantes del municipio El Carmen Cuscatlán que consulten en la Unidad de Salud El Carmen.

- Unidades de observación y análisis: Hombres y mujeres entre las edades de 18 a 59 años que consulten en la Unidad de Salud El Carmen que cumplan con los criterios de inclusión y a los que se les aplicara el test de Othmer y DeSouza para trastorno de somatización.

4. Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres entre las edades de 18-59 años.
- Habitantes del Municipio El Carmen, Cuscatlán.
- Síntomas de ansiedad o depresión mayores de 2 semanas de evolución.

5. Criterios de exclusión

- Pacientes que consulten con patología aguda.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Tales como: cáncer, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica.
- Paciente con trastorno afectivo agudo.
- Pacientes con patología psiquiátrica ya diagnosticada.

6. Muestra:

Tamaño de muestra: se definió por conveniencia de 60 pacientes

Diseño muestral: se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por discrecionalidad, de la siguiente manera: se evaluaron 60 pacientes en la consulta de rutina donde se definió si cumplían con criterios de inclusión y exclusión, a los cuales se les implementó el instrumento diseñado para identificar a los pacientes que somatizan; se aplicó el test de DeSouza el cual se compone de 7 preguntas, se tuvo como punto de cohorte 2 o más respuestas positivas; los pacientes que resultaron con trastorno de somatización. Fueron 40 pacientes que continuaron con el instrumento, en esta segunda parte se empleó el test de Goldberg que se divide en subescala de ansiedad y subescala de depresión para detectar a los pacientes ansioso o deprimido. Cada una de las subescalas se

estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión.

7. Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
1. Detallar características socio-demográficas	Edad	Años cumplidos entre 18-59 años que tiene los pacientes que consulten a unidad de salud. Categorías: I. 18-25 años II. 26-36 años III. 37-49 años IV. 50-59 años	Número de pacientes entre 18-59 años/ No total de pacientes x100	Numérico Porcentaje
	Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres Categorías: I. Mujeres II. Hombres	Número de pacientes femeninas / No total de pacientes x100 Número de pacientes masculinos/ No total de pacientes x 100	Numérico Porcentaje
	Urbano	Pacientes que consulten del área perteneciente o relativo a la ciudad	Número de pacientes del área urbana/ no total de pacientes x100	Numérico Porcentaje
	Rural	Paciente que consulten referencia a lo perteneciente o relativo a la vida en el campo	Número de pacientes del área urbana/ no total de pacientes x100	Numérico Porcentaje

2. Seleccionar a pacientes que consulten con síntomas de trastorno de somatización.	Trastorno de somatización	Pacientes que den positivo al test de OtherDeSouza Categorías: I. 0-1 poca probabilidad de somatización II. más de 2 sensibilidad de 63% y especificidad de 69% III. más de 3 sensibilidad de 87% y especificidad de 97%	Número de pacientes con trastorno de somatización/ No total de pacientes x 100	Numérico Porcentaje
3. Identificar de los pacientes con trastorno de somatización, en cuales es secundario a ansiedad o depresión	Ansiedad	Pacientes que resulten con puntaje mayor o igual 4 en la aplicación de test de Goldberg, subescala de ansiedad Categorías: I. Menos de 2: Ansiedad Poco probable II. 2 a 3: Ansiedad probable III. más de 4: Trastorno de ansiedad	Número de pacientes con ansiedad/ No total de pacientes x 100	Numérico Porcentaje
	Depresión	Pacientes que resulten con puntaje mayor o igual 2 en la aplicación de test de Goldberg, subescala de depresión Categorías: I. 0: depresión no probable II. 1: depresión probable III. Más de 2: Depresión	Número de pacientes con depresión/ No total de pacientes x 100	Numérico Porcentaje

8. Fuentes de información

Fuente primaria: interacción directa de los pacientes que consultan en la Unidad de Salud de El Carmen, Cuscatlán julio 2016.

Fuentes secundaria: Libros, revistas electrónicas, estudios anteriores.

9. Técnicas de obtención de información

En el contexto de la entrevista clínica se realizara una encuesta donde se aplicaran dos instrumentos: test Othmer y DeSouza y test De Goldberg.

10. Herramientas para obtención de información.

-Historia clínica del día de la consultan

- Test de Othmer y DeSouza para el tamizaje de trastorno de somatización

-Test de Goldberg para la detección de ansiedad y depresión.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos

Las personas objeto de estudios.

Los datos obtenidos previo consentimiento informado, serán resguardados por medio de almacenamiento virtual, y se realizaran versiones impresas del informe final para su resguardo en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de EL Salvador.

Los datos personales de los pacientes entrevistados no serán divulgados ni divulgados de ninguna forma.

11. Procesamiento de datos

Se realizó mediante la utilización de Microsoft Word, Microsoft Excel.

12. Análisis de los resultados

El análisis de información se realizara a través de medidas de frecuencia absoluta y relativa.

13. Discusión de resultados

Se realizó desde bases bibliográficas en contraste con hallazgos del estudio; y en base a cada objetivo.

14. Presentación de resultados

La presentación será mediante gráficos de barra y tablas de frecuencias.

VIII. RESULTADOS

Características socio-demográficas de los pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen, en Julio 2016.

Cuadro 1: Distribución por grupo etario de pacientes del municipio de El Carmen estudiados por somatización		
Rangos de edad	FA	FR
18 a 25 años	10	17%
26 a 35 años	20	33%
36 a 45 años	17	29%
46 a 59 años	13	21%
Total	60	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Las edades de la población que consulto bajo los criterios de inclusión en la Unida de Salud El Carmen fue un total de 60 personas. Encontrándose el mayor grupo de edad entre 26 a 35 años que corresponde a un 33%, seguida de un 29% de edades entre 36 a 50 años. Los pacientes entre 51 a 59 años fueron 21% y el menor grupo que consulto fue entre las edades 18 a 25 años con un 17%.

Cuadro 2: Distribución de pacientes por sexo del municipio de El Carmen que fueron estudiados por somatización		
Sexo	FA	FR
Masculino	22	37 %
Femenino	38	63%
Total	60	100 %

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

La población que más consulto fue de sexo femenino con un 63% seguida del sexo masculino con un 37%.

Características socio-demográficas de los pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen, en Julio 2016.

Cuadro 3: Procedencia de pacientes del municipio de El Carmen estudiados por somatización		
Procedencia	FA	FR
Urbano	16	27%
Rural	44	73%
Total	60	100

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

El área de los pacientes sometidos a estudios fue con un 73% el área rural, y del. Área urbana fue 27%.

Pacientes entre 18 a 59 años, que consulten en la unidad de salud de El Carmen en Julio de 2016, por síntomas somáticos, estableciendo quienes somatizan y quedan caracterizados dentro de esta etiología.

Cuadro 4: Pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años con síntomas somáticos que fueron sometidos al test DeSousa para somatización, distribuido por categorías		
Categorías	FA	FR
I: 0 a 1, sin somatización	20	33%
II: 2 a 3	23	39%
III: 3 o mas	17	28%
Total	60	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos, Test de DeSouza para somatización. "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Pacientes sometidos al test de somatización. 39% de los entrevistados se agrupan en la categoría II, es decir probable somatización, y 28% en la categoría III, somatización muy probable, calificándose con trastorno de somatización, en contraste un 33% se categorizaron con poca probabilidad de somatización.

Pacientes entre 18 a 59 años, que consultaron en la unidad de salud de El Carmen en Julio 2016 detectados con síntomas de somatización sin enfermedad física demostrable, con ansiedad o depresión.

Cuadro 5: Pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años con síntomas somáticos que fueron sometidos al test de Goldberg para la detección de ansiedad distribuido por categorías		
Categorías	FA	FR
I: menos de 2, No ansiedad	19	53%
II: 2 a 3 Ansiedad probable	10	28%
III: 7 a 9 Ansiedad	7	19%
Total	36	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos, Test de Goldberg, subescala de ansiedad. "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

De los pacientes detectados con síntomas somáticos que se sometieron al Test de Goldberg para detectar ansiedad se encontró que dentro de la categoría I: hubieron 19 pacientes sin ansiedad, representando el 53% siendo la mayoría comparado con los pacientes que entraron a la categoría II solo el 28%. Localizados únicamente 19% personas dentro de la categoría III de ansiedad.

Cuadro 6: Pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años con síntomas somáticos que fueron sometidos al test de Goldberg para depresión, distribuido por categorías		
Categoría	Frecuencia	FR
I: 0, No depresión	6	32%
II: 1, depresión probable	5	26%
III: 2 o más, Depresión	8	42%
Total	19	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos, Test de Goldberg, subescala de depresión. "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

De los pacientes detectados con somatización, a quienes se les administro el Test de Goldberg, 32% no presentaron depresión, 26% presentaron depresión probable, y 42% presento depresión según el test con un porcentaje alto.

Pacientes entre 18 a 59 años, que consultaron en la unidad de salud de El Carmen en Julio 2016 detectados con síntomas de somatización sin enfermedad física demostrable, con ansiedad o depresión.

Cuadro7: Relación entre ansiedad y depresión en pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años detectados con trastorno de somatización			
	Categoría II	Categoría III	FR
Ansiedad	10	7	43%
Depresión	5	8	32%
Mixto		4	10%
Sin ansiedad ni depresión		6	15%
Total		40	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos, Test de Goldberg. "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

De los pacientes detectados con trastorno de somatización, 43% resultaron con probabilidad de ansiedad, y un 32% con probabilidad de depresión. Importante

resaltar que además se detectó un 10% de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo y un 15% de pacientes somatizadores a los cuales no se les detectó ansiedad ni depresión.

Pacientes entre 18 a 59 años, que consultaron en la unidad de salud de El Carmen en Julio 2016 detectados con síntomas de somatización sin enfermedad física demostrable, con ansiedad o depresión.

Cuadro 8: Distribución del trastorno de somatización, ansiedad y depresión de los pacientes de 18 a 59 años del municipio de El Carmen según grupo etario										
	18 a 25 años		26 a 35 años		36 a 45 años		46 a 59 años		Total	
Frecuencia Absoluta/Relativa	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Somatización	10	25%	13	32%	6	15%	11	28%	40	100%
Ansiedad	4	23%	10	59%	2	12%	1	6%	17	100%
Depresión	1	8%	1	8%	4	31%	7	53%	13	100%
Mixto	0	0%	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
Sin Ansiedad o depresión	1	17%	2	33%	2	33%	1	17%	6	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Distribución de los diferentes trastornos detectados, según edad. El trastorno de somatización fue detectado en similares proporciones en los grupos etarios de 26 a 35 años. Dentro de los pacientes somatizadores la ansiedad predomina en las edades de 26 a 35 años de manera contraria la depresión fue detectada más frecuentemente en las edades superiores a los 46 años de edad. El trastorno mixto y los pacientes sin ansiedad ni depresión, fueron detectados de manera más homogénea y en menor cantidad.

Pacientes entre 18 a 59 años, que consultaron en la unidad de salud de El Carmen en Julio 2016 detectados con síntomas de somatización sin enfermedad física demostrable, con ansiedad o depresión.

Cuadro 9: Distribución del trastorno de somatización, ansiedad y depresión de los pacientes estudiados del municipio de El Carmen según sexo y grupo etario										
	Sexo				Procedencia				Total	
	Femenino		Masculino		Urbano		Rural			
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Somatización	31	39%	9	11%	11	14%	29	36%	80	100%
Ansiedad	14	41%	3	9%	7	21%	10	29%	34	100%
Depresión	9	36%	4	15%	1	3%	12	46%	26	100%
Mixto	3	36%	1	14%	2	25%	2	25%	8	100%
Sin Ansiedad ni depresión	5	42%	1	8%	1	8%	5	42%	12	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Distribución de los trastornos detectados según sexo y procedencia. La somatización fue detectada en mayor proporción en el sexo femenino y en mujeres procedentes del área rural. De los pacientes detectados como somatizadores, la ansiedad fue detectada con mayor frecuencia en el sexo femenino y de procedencia rural. En cuanto a la depresión la mayor frecuencia se ubica en la zona rural. El trastorno mixto y la somatización no relacionada a ansiedad y depresión también fue detectada con mayor frecuencia en mujeres del área rural.

Cuadro 10: Síntomas explorados según test de somatización de Othmer y DeSouza en pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años		
Síntoma	SI	NO
Dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta	34	26
Sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto	15	45
Dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes	22	38
(descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)		
Dificultades para respirar	23	37
Vómitos frecuentes	10	50
Dolores menstruales intensos/Disfunción eréctil o eyaculación precoz	14	46
Dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies	14	46
Total de respuestas	118	288

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Se presenta la distribución de frecuencia de las respuestas de los pacientes al test estandarizado para detectar somatización. Destacan como síntoma principal la dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta y la dificultad para respirar, con 34 y 23 respuestas afirmativas respectivamente.

Cuadro 11: Síntomas explorados según test de Goldberg para ansiedad en pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años		
SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido excitado, nervioso o tenso?	7	33
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	14	26
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	9	31
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	9	31
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	8	32
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	11	29
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	9	31
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	6	34
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	8	32
Total de respuestas	81	279

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Se presenta la distribución de frecuencia de las respuestas de los pacientes al test estandarizado para detectar ansiedad. Destacan como síntoma principal la preocupación por algo y los dolores de cabeza y nuca, con 14 y 11 respuestas afirmativas respectivamente.

Cuadro 12: Síntomas explorados según test de Goldberg para depresión en pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años		
SUBESCALA DE DEPRESION	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	9	31
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	8	34
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	3	37
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza?	7	33
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	8	32
6. Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	3	37
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	8	32
8. Se ha sentido usted enlentecido?	6	34
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	6	34
TOTAL DE DEPRESION	58	302

Fuente: Formulario de Recolección de Datos, "Ansiedad o Depresión como causa de Somatización en Pacientes de 18 A 59 Años atendidos en Unidad de Salud El Carmen, Cuscatlán, Julio 2016".

Se presenta la distribución de frecuencia de las respuestas de los pacientes al test estandarizado para detectar depresión. Destacan como síntoma principal la sensación de poca energía con 9 respuestas afirmativas. Seguido de pérdida de interés por las cosas, dificultad para concentrarse e insomnio de terminación con 8 respuestas afirmativas respectivamente.

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el contexto de la entrevista clínica se realizaron 60 encuestas a igual número de pacientes que cumplieron con criterios de inclusión para esta investigación. Se encontraron 40 personas con probabilidad de trastorno de somatización, que se distribuyeron en tres categorías: El primer grupo definido como sin probabilidad de somatización que correspondió a un 33% de la muestra.

Un 38% de la muestra se ubica en la categoría II, que según el autor del mencionado test, tiene una especificidad del 63% y una sensibilidad del 69% de que el sujeto de estudio padezca somatización. En la categoría III resultaron un 28%, en el cual se espera un 87% de sensibilidad y 97% de especificidad de padecer dicho trastorno.

Al analizar las características sociodemográficas de la población estudiada, llama la atención el resultado en cuanto al sexo, debido a que este apunta a que es la mujer quien padece más del trastorno de somatización. Sin embargo estas estimaciones estarían limitadas debido a cuestiones socioculturales, ya que en nuestros países la que la mujer suele consultar más que el hombre. Aun así, los resultados de esta investigación reflejan una representatividad no despreciable del sexo masculino con un 36%, contra otros estudios revisados para esta investigación en los que el sexo femenino predomina hasta con un 100% de los sujetos. En cuanto a la edad, la mayor proporción para ambos sexos estuvo entre las edades de 18 a 35 años, siendo el pico máximo la edad entre 26 a 35 años. Para la procedencia se evidencio la mayor proporción para la zona rural con un 73%. Coincidiendo con la literatura consultada, el trastorno por somatización es más frecuente en el sexo femenino, adultos jóvenes y de la zona rural.

A los 40 pacientes que resultaron con probable trastorno de somatización, se investigó ansiedad y depresión; como dice la literatura la Organización Mundial de la Salud, realizó investigaciones en diferentes grupos de población que refleja una relación directa entre la ansiedad y depresión y la aparición de somatización. Además se identificó que un 42% de pacientes somatizadores con probable ansiedad y un 33% con depresión probable, resultados que son semejantes a la literatura, en la que se ubica a estos dos trastornos como principales etiologías de la somatización, cabe recalcar que se encontró un 10% de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo y un 15% de pacientes somatizadores a los cuales no se les detectó ansiedad ni depresión que pudiera atribuírseles una causa distinta.

La Organización Mundial de la Salud, realizó investigaciones en diferentes grupos de población que refleja una relación directa entre la ansiedad y depresión y la aparición de somatización, en este contexto el grupo investigador identificó del grupo de pacientes con somatización un 42% de pacientes con probable ansiedad y un 33% con depresión, por lo que también se relacionan fuertemente como principales etiologías de la somatización; cabe recalcar que se encontró un 10% de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo y un 15% de pacientes somatizadores a los cuales no se les detectó ansiedad ni depresión, a los que pudiera atribuírseles una causa distinta de somatización.

En cuanto a la sintomatología en el test de somatización los síntomas más frecuentes fueron la dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta con 57%. Dificultad para respirar 38% seguido de la dificultad para recordar a corto plazo con 37%. De los pacientes que resultaron con somatización, en el test de ansiedad la preocupación por algo se detectó en 35% de las personas encuestadas, seguido de cefaleas con 27%, mientras tanto, los síntomas Irritabilidad, dificultad para relajarse y los síntomas inespecíficos como mareos, hormigueos y diarrea con 22% cada uno. Por otro lado en el test de depresión se

detectó el síntoma de sensación de poca energía en 22% de las personas encuestadas, seguido de la pérdida del interés en las cosas que antes producían placer con 20%, al igual que el insomnio de terminación con 20%. En cuanto al síntoma de desesperanza se detectó en el 17%.

X. CONCLUSIONES

1. Aproximadamente 7 de cada 10 pacientes del municipio El Carmen, evaluados en Julio de 2016, que consultaron con sintomatología somática sin explicación clínica definida, resultaron con probable trastorno de somatización. Es decir que su cuadro clínico puede ser explicado por el trastorno de somatización, por lo que se comprueba la hipótesis de trabajo.
2. De las personas que resultaron con somatización, 7 de cada 10 el trastorno es secundario a ansiedad o depresión, siendo más frecuente a ansiedad. También fue detectado en 1 de cada 10 pacientes el trastorno mixto ansioso-depresivo.
3. La edad de 26 a 35 años y la procedencia rural son factores asociados para el trastorno de somatización, siendo el factor edad el más importante. En cuanto al sexo, los resultados apuntan a que el sexo femenino es el más afectado con el trastorno en cuestión, sin embargo, se debe considerar que la muestra estudiada del sexo masculino en el estudio que fue de un 36%, por lo que, para efectos comparativos, carece de representatividad estadística.
4. Los síntomas más comunes en los pacientes encuestados fueron en orden de mayor a menor frecuencia dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta, dificultad para respirar, dificultad para recordar sucesos a corto plazo. De los pacientes detectados como somatizadores los síntomas más frecuentes en orden de mayor a menor frecuencia en cuanto a ansiedad fueron la preocupación por algo, cefalea y dolor de nuca, irritabilidad, dificultad para relajarse, seguido de síntomas inespecíficos como mareo, hormigueo y sintomatología abdominal. En cuanto a

depresión los síntomas más comunes fueron sensación de poca energía, pérdida del interés en las cosas que le producían placer, insomnio de terminación, seguido de la desesperanza.

5. Los problemas de Salud Mental constituyen un reto que debe enfocarse con estrategias a largo plazo que permitan una adecuada atención a estos problemas que, a menudo, se vuelven crónicas, y constituyen una de las mayores cargas que soporta el sistema sanitario y, por ende, nuestra sociedad.

XI. RECOMENDACIONES

A las autoridades de Salud:

Tomar en cuenta que el médico general bien entrenado en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales prevalentes de la población estará en una posición ventajosa para el diagnóstico precoz y la referencia oportuna.

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de El Carmen:

Que al ser socializado este trabajo, se motive al personal de salud para generar espacios para la salud mental de la población de municipio.

Implementar un instrumento de cribado para trastornos mentales prevalentes en la población salvadoreña, como apoyo diagnóstico para el personal de salud de primer nivel no psiquiatra, para brindar a los pacientes una atención integral y lograr una referencia oportuna a la especialidad.

A la Universidad de El Salvador:

Que los estudiantes de medicina consideren a la Salud mental, su abordaje, diagnóstico y tratamiento como fortalezas que deben ser aprovechadas dentro del marco de temáticas que no han sido investigadas apropiadamente en la población salvadoreña.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 12 Ed Wolters Klubers 2008 USA. Cap. 16 trastorno de ansiedad, pág. 259.
- ² Arturo Carranza Rivas, Programa Nacional de Salud Mental, [Internet] Ministerio de Salud de El Salvador. 16 abril de 2014, [Citado 23 marzo de 2016]. Disponible en <http://www.salud.gob.sv/programa-nacional-de-salud-mental/>
- ³ Hernández Rosales y cols. Tesis de graduación: subregistro de diagnóstico de trastornos depresivos y de ansiedad en el primer nivel de atención: Universidad de El Salvador; 2008
- ⁴ Valencia Romero, et al, Ansiedad y depresión en pacientes de 21 y 59 años en la unidad de salud de Santiago Texacuangos, San salvador, El Salvador: Universidad de El Salvador; 2010.
- ⁵ OMS, Concepto de Salud, [Internet]. 10 de Marzo de 2015, [Actualizado Marzo de 2015; citado el 10 abril de 2016]. Disponible en: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz45RrmupJE>
- ⁶ Concalvez Estella et. Al. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. 2da edición. Madrid, España: Editorial International Marketing and communication, S.A. (IM&C); 2008. Marco de la enfermedad según la estrategia en salud mental del SNS. Pág. 12
- ⁷ Ricardo J. Toro G. y Jorge J. Calle B. Psiquiatría. 5ta Edición. México DF: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2010. Capítulo 19, trastornos de ansiedad generalizada. Página 241
- ⁸ Ministerio de Salud de El Salvador. Guías clínicas de atención a los problemas frecuentes de la salud mental 2006, El Salvador, Subdirección de servicios de salud
- ⁹ José R. Gutiérrez y Cecilia B. Portillo. La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. [Internet] junio de 2013 [Citado el 9 de marzo

□ de 2016]; 16(2) p533. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132l.pdf>

¹⁰ Monsón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.

¹¹ Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.)

¹² Guzmán Guzmán Ramiro Eduardo. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Rev. Clínica Medica Familiar* [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2016 Abr 12]; 4(3): 234-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>.

¹³ Kessler, McGonagle, Zhao, y cols.. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. [Revista] 1988 [citado 16 de marzo de 2016]; 51, 8-19.

¹⁴ González Ramírez, Landero Hernández, García-Campayo J., Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitaria del norte de México. *Revista Panamericana Salud Publica*. [Internet] 2009[Citado el 10 de marzo de 2016]; 25(2) p141. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9873/v25n2a07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁵ Ministerio de Salud de El Salvador. Vigilancia Epidemiológica VIGEPES. [Internet] Actualizado semana epidemiológica 52-2015, 3 de enero de 2016. [Citado 1 de Abril de 2016] Disponible en <http://siis.salud.gob.sv/>

XIII. ANEXOS
ANEXO 1: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES (SEMANAS)																															
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
Reunión de coordinación general: Presentación Plan de Trabajo programa de investigación de servicio social 2016																																
Primera asesoría: Elaboración de Perfil de investigación																																
Plan de trabajo																																
Perfil de Investigación																																
Segunda asesoría: Elaboración de primer avance del Protocolo de Investigación																																
Primer avance de Protocolo																																
Tercera asesoría: Elaboración del Protocolo de Investigación																																
Entrega de borrador de protocolo a asesor metodológico																																
Entrega de protocolo definitivo																																
Prueba piloto																																
Cuarta asesoría: Elaboración del Informe Final de Investigación																																
Primer avance de informe final																																
Informe final de Investigación																																
Defensa pública oral Período ordinario																																

ANEXO 2: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

EL CARMEN



La población es de 16,398 habitantes (según SIBASI 2001); Pertenece al distrito de Cojutepeque, se divide en 7 cantones y 14 caseríos. Limita al norte por El Rosario; al este por San Rafael Cedros; al sur por San Cristóbal y al oeste por Monte San Juan y Cojutepeque. Este municipio está situado a la orilla de la carretera panamericana, es muy pequeño, alrededor del municipio pasan dos ríos, el río Sísmico y el río Cuchata, además está muy cercano al cerro Grande.

El Carmen tiene una zona urbana bastante pequeña, sus calles son de cemento, se encuentra en una zona elevada por lo que al caminar encontrará diversas pendientes y entre sus edificios resaltan el de la Alcaldía Municipal y su imponente iglesia parroquial Virgen del Carmen. Desde su fundación, el nuevo municipio quedó incorporado en el departamento de Cuscatlán y distrito de Cojutepeque, y el Gobernador Departamental dio posesión de sus cargos a los primeros munícipes y jueces de El Carmen.

ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: Instrumento para detectar ansiedad y depresión.

Codificación proceso: 300.00 Ansiedad 311 Depresión (CIE 9- MC).

Administración: su aplicación es hetero-administrada. Intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: cada una de las subescalas se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, u un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, uno o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la subescala de ansiedad y mayor o igual a 2 en la depresión, diseñado para detectar probables casos no diagnosticarlos.

Propiedades psicométricas: La escala tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad de 82%. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos (85.7%) para una capacidad discriminante de los trastornos de ansiedad algo baja (capto 66% de pacientes con trastornos de ansiedad) la de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%) pero mayor capacidad discriminante. Solo detecta un 42% de los trastornos depresivos.

ANEXO 3:

**ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)
CONTINUACIÓN**

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)		Si/No
Subescala de ansiedad		
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	
4.	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
Subtotal:		
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7.	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD		

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión		Si/No
1.	¿Se ha sentido con poca energía?	
2.	¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3.	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4.	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando		
Subtotal:		
5.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6.	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7.	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8.	¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9.	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN		

≥ 2 : Depresión probable

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

ANSIEDAD O DEPRESIÓN COMO CAUSA DE SOMATIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE SALUD EL CARMEN.

Los datos recolectados por este instrumento serán utilizados estrictamente para fines académicos.

I. Aspectos sociodemográficos

Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: Urbano ____ Rural ____
Trabaja: Si ____ No ____
Fuente de Ingresos: _____ Escolaridad: _____
Religión: _____ Apoyo familiar: _____

II. TEST DE SOUZA

	SI	NO
1. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?		
2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?		
3. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)		
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultades para respirar?		
5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?		
6. ¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos? (Disfunción eréctil/eyaculación precoz)		
7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?		
TOTAL		

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, CONTINUACIÓN

III. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

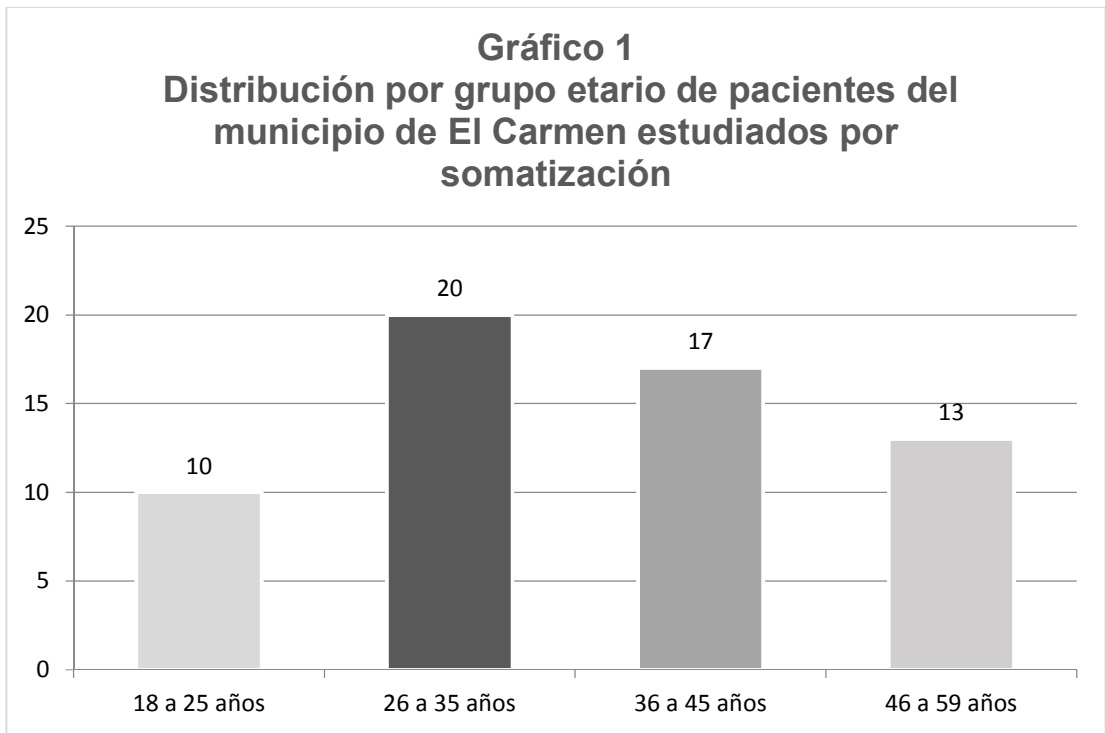
SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido excitado, nervioso o tenso?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si dos o más resultados positivos, seguir preguntando Subtotal		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
TOTAL ANSIEDAD		

Mayor o igual a 4: Ansiedad Probable

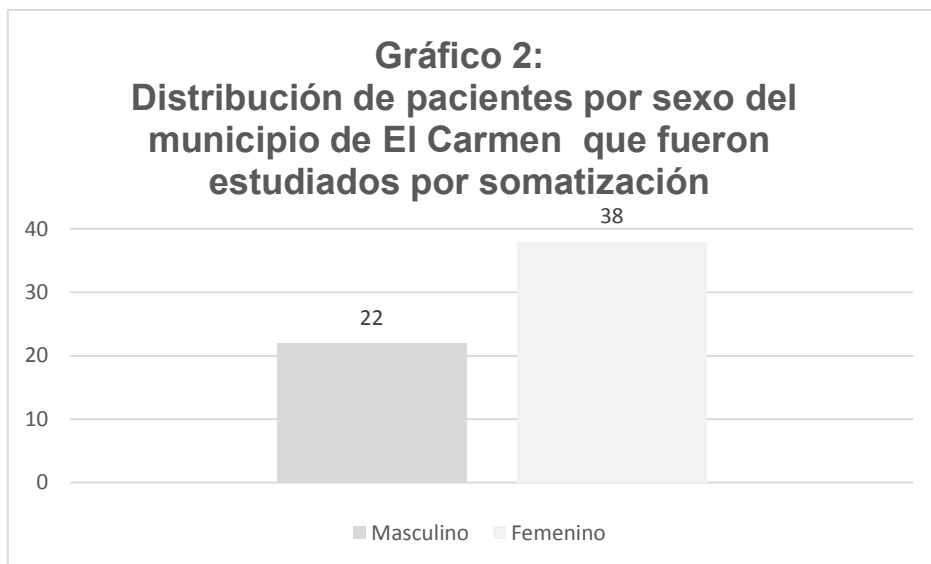
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza?		
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las respuestas anteriores, seguir preguntando Subtotal		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DE DEPRESION		

Mayor o igual a dos: Depresión probable

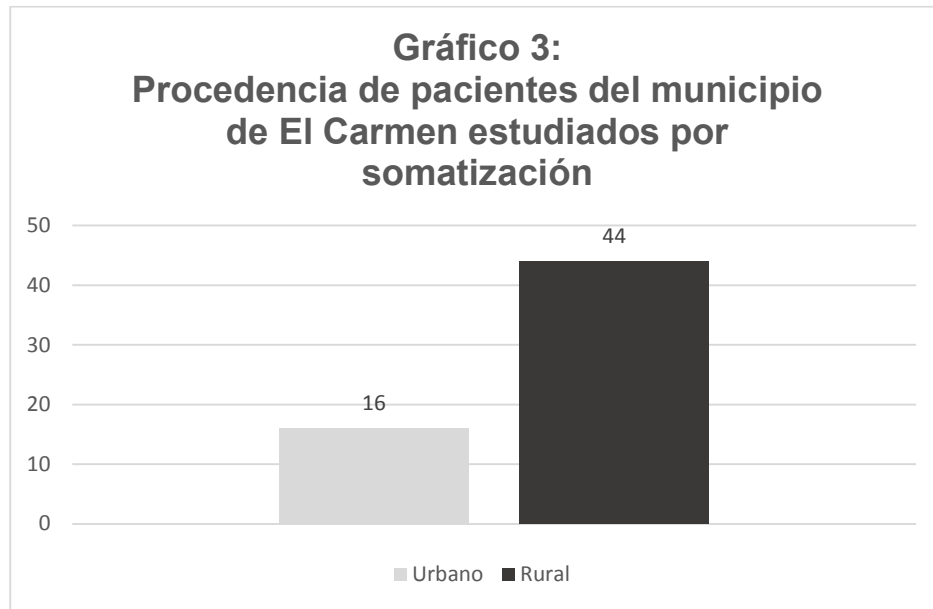
ANEXO 5: GRÁFICAS DE RESULTADOS



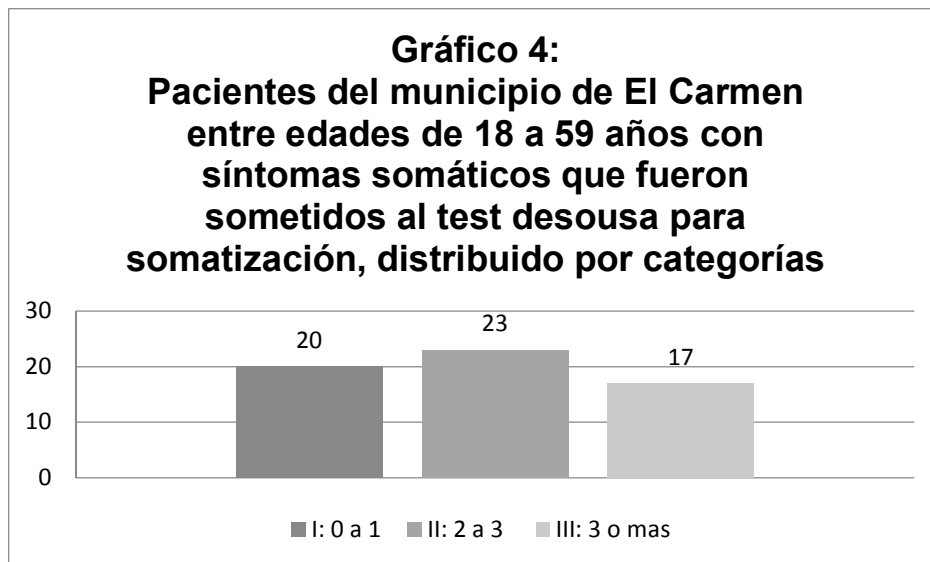
Fuente: formulario de recolección de datos, "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud el Carmen, Cuscatlán, julio 2016".



Fuente: formulario de recolección de datos, "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud el Carmen, Cuscatlán, julio 2016".

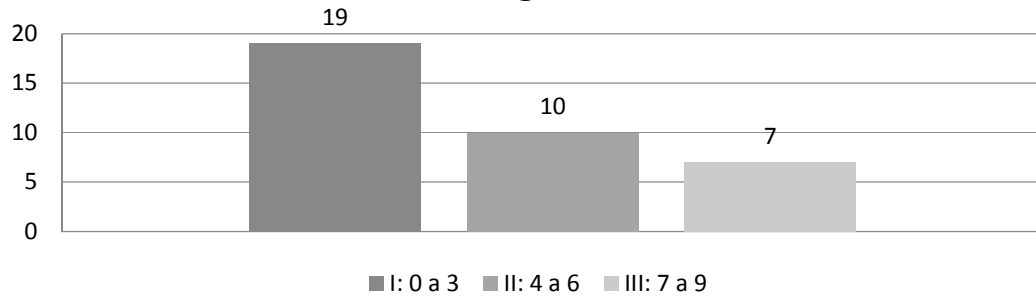


Fuente: Formulario de recolección de datos, “Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud el Carmen, Cuscatlán, julio 2016”.



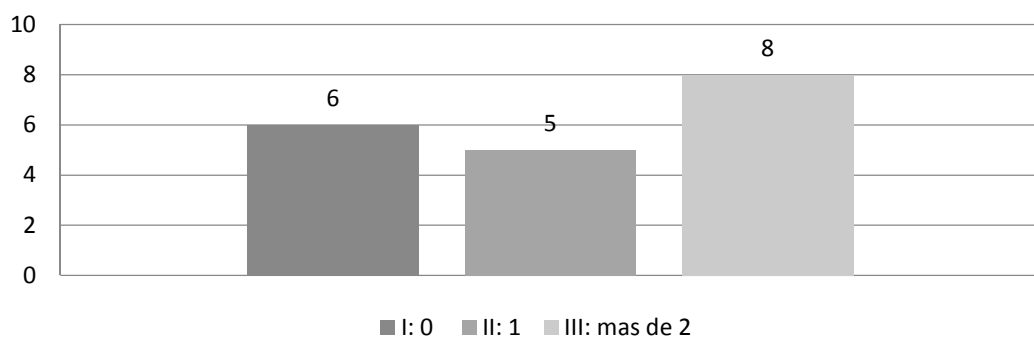
Fuente: formulario de recolección de datos, test de Othmer y DeSouza para somatización. “ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud el Carmen, Cuscatlán, julio 2016”.

Gráfico 5:
Pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años con síntomas somáticos que fueron sometidos al test de Goldberg para la detección de ansiedad distribuido por categorías

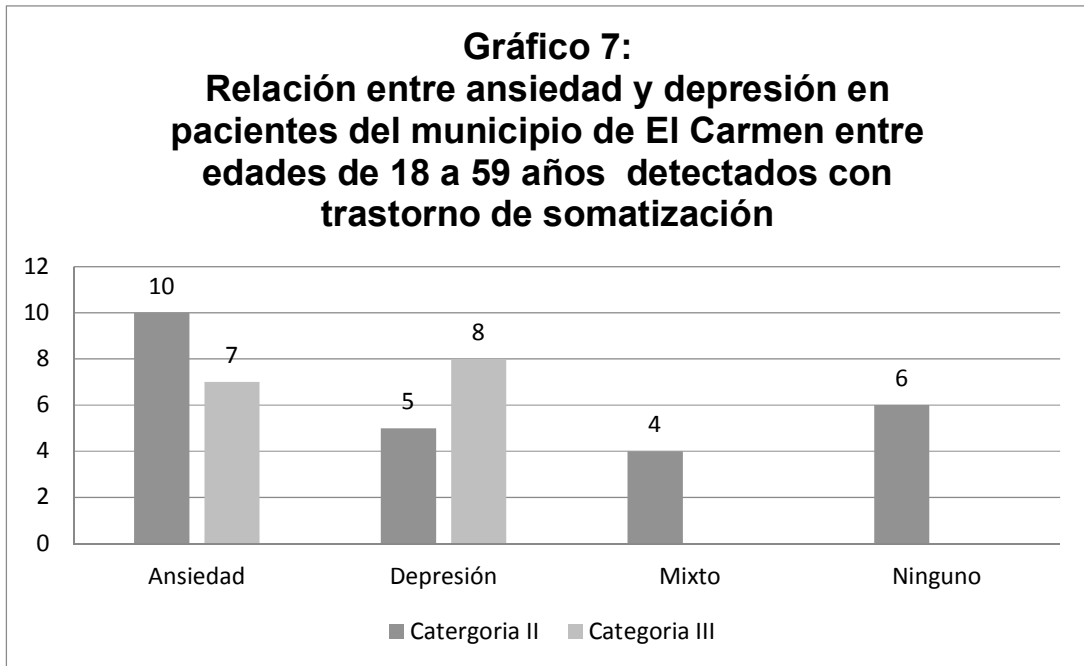


Fuente: formulario de recolección de datos, test de Goldberg, subescala de ansiedad. “Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016”.

Gráfico 6:
Pacientes del municipio de el carmen entre edades de 18 a 59 años con síntomas somáticos que fueron sometidos al test de goldberg para depresión, distribuido por categorías

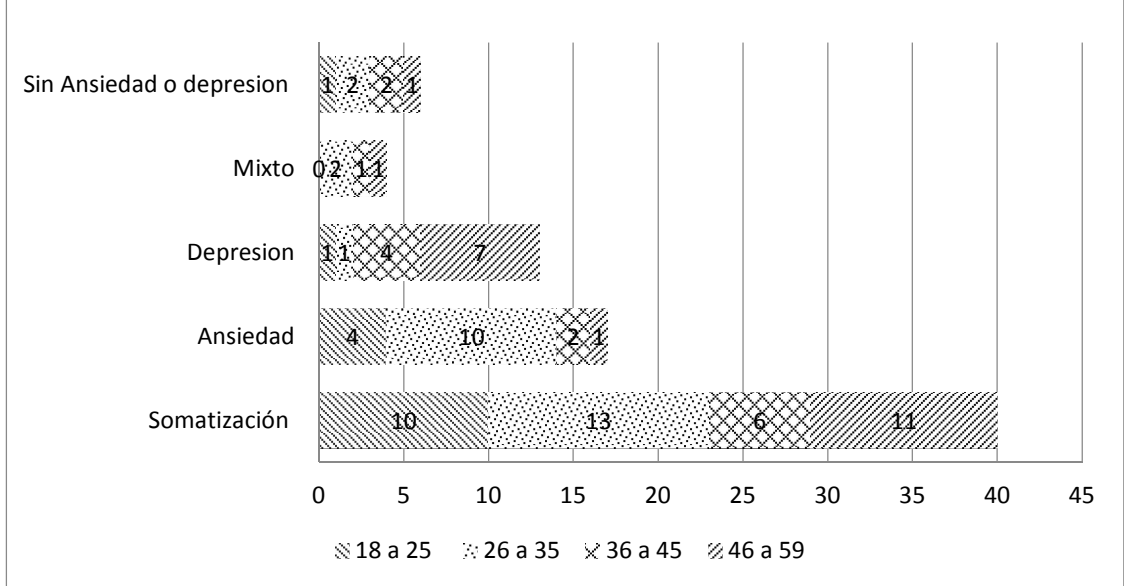


Fuente: formulario de recolección de datos, test de Goldberg, subescala de depresión. "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".



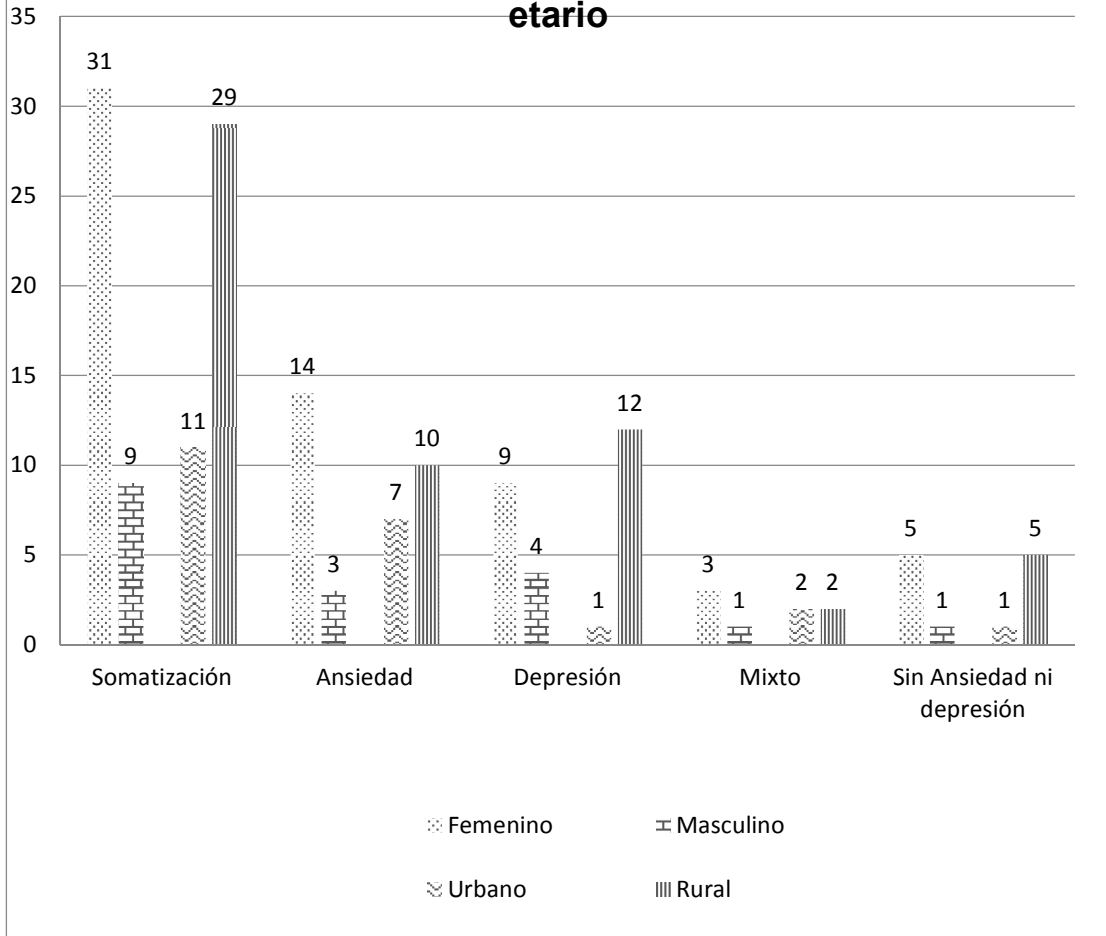
Fuente: Formulario de recolección de datos, Test de Goldberg. "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".

**Gráfico 8:
Distribución del trastorno de somatización,
ansiedad y depresión de los pacientes de 18 a 59
años del municipio de El Carmen según grupo
etario**

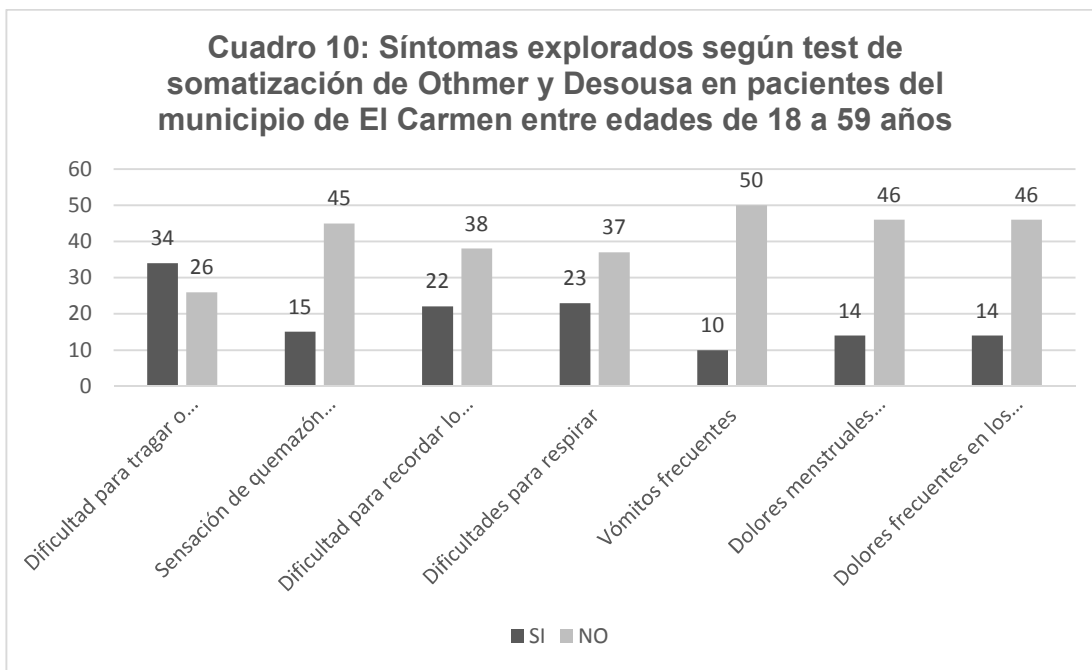


Fuente: Formulario de recolección de datos, "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".

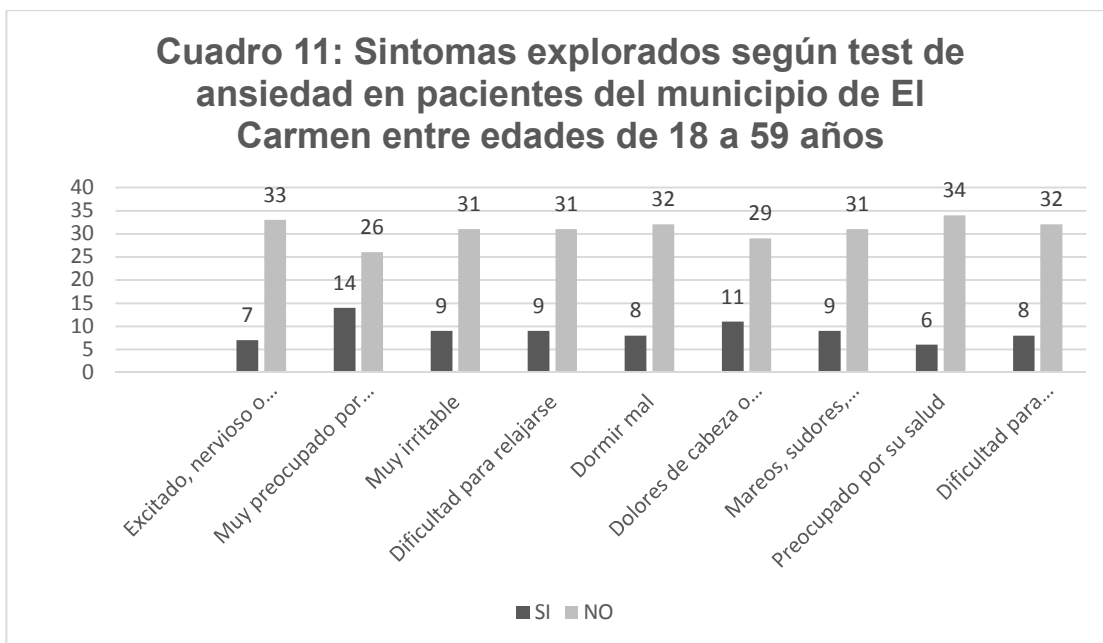
**Gráfico 9:
Distribución del trastorno de somatización,
ansiedad y depresión de los pacientes estudiados
del municipio de El Carmen según sexo y grupo
etario**



Fuente: Formulario de recolección de datos "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".

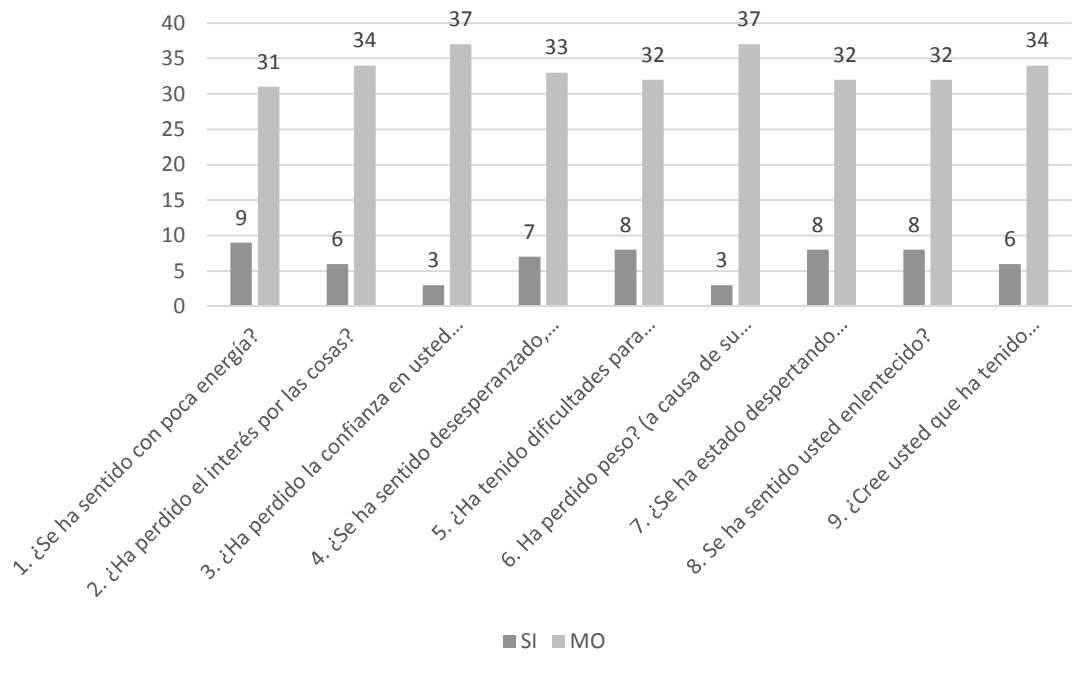


Fuente: Formulario de recolección de datos "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".



Fuente: Formulario de recolección de datos "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".

Cuadro 12: Síntomas explorados según test de depresión en pacientes del municipio de El Carmen entre edades de 18 a 59 años



Fuente: Formulario de recolección de datos "Ansiedad o depresión como causa de somatización en pacientes de 18 a 59 años atendidos en unidad de salud El Carmen, Cuscatlán, julio 2016".