

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EL SUICIDIO Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS
SOMATOMORFOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA

LETICIA ZENDEJAS DOMINGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MÉXICO, D.F., 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi madre y a mi padre: por el apoyo y cariño que me han brindado siempre, y porque todo el esfuerzo que han puesto en impulsarme para superarme día a día ha sido fundamental para alcanzar logros como este.

A mi hijo Bruno Santiago: por ser uno de los regalos más grandes que la vida me ha dado.

A mi esposo Rodrigo: por estar a mi lado en todo momento y brindarme su cariño y apoyo incondicional.

A mi hermana Claudia y mis hermanos Jesús y Arturo: por todo lo que han compartido con migo, la compañía y apoyo que me han dado.

A Rocío, Norma, Renata, Alicia, Paty Mar, y todos los amigos y amigas que han estado con migo en las buenas y en las malas, y me han dado la mano cuando lo he necesitado.

Un gran agradecimiento a todos los que hicieron posible este trabajo:

En especial:

A la Doctora Amada Ampudia: por su asesoría, apoyo y las valiosísimas aportaciones que hizo para este trabajo sin las cuales no se podría haber llevado a cabo.

A mis sinodales: Mtra. Alma Mireia López Coria, Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola, Lic. Guadalupe B. Santaella Hidalgo y al Mtro. Sotero Moreno Camacho. Por la revisión y contribución que hicieron a este trabajo.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría: por todas las facilidades que me brindo para realizar este trabajo.

A la psicóloga Ma. Guadalupe Trejo Corona: por todo el apoyo que me brindo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México: por darme el privilegio de pertenecer a esa gran institución.

A la Facultad de Psicología: Por todo lo que me brindo para la realización de mi carrera en psicología.

A todos mis maestros: porque todos los conocimientos que he obtenido gracias a ellos han sido fundamentales para mi superación personal.

INDICE

RESUMEN 3

INTRODUCCION 4

ANTECEDENTES 7

Capitulo I EL SUICIDIO

1.1 Definición de suicidio 16

1.2 Etiología del suicidio 16

1.3 Epidemiología del suicidio 21

Capitulo II TRASTORNOS SOMATOMORFOS

2.1 Antecedentes históricos 23

2.2 Definiciones de los trastornos somatomorfos 23

2.3 Visión de los trastornos somatomorfos en diferentes culturas 24

2.4 Causas de los trastornos somatomorfos 27

2.5 Factores precipitantes 30

2.6 Factores mantenedores 31

2.7 Síntomas múltiples 33

2.8 Trastorno de somatización 37

2.9 Trastorno de conversión 39

2.10 Hipocondría 40

2.11 Trastorno dismorfico corporal 41

2.12 Trastorno por dolor 42

Capitulo III	METODOLOGIA	
3.1	Justificación y Planteamiento del problema	44
3.2	Objetivo general	46
3.3	Objetivos específicos	46
3.4	Hipótesis conceptual	47
3.5	Hipótesis específicas	47
3.6	Variables	48
3.7	Definición de variables	48
3.8	MÉTODO	
	• Muestra	49
	• Sujetos	49
	• Tipo de estudio	50
	• Diseño	50
	• Instrumentos	50
	• Procedimiento	54
	• Análisis de datos	54
Capitulo IV	ANALISIS DE RESULTADOS	79
Capitulo V	DISCUSION Y CONCLUSIONES	74
5.1	Discusión	74
5.2	Conclusiones	85
5.3	Ventajas y limitaciones	89
	Referencias Bibliográficas	90
	Anexos	94

RESUMEN

En el presente estudio, se tiene como objetivo analizar las características de personalidad en una muestra de pacientes que presentaron intento suicida o bien ideación suicida, para determinar si se encontraban presentes rasgos del trastorno somatomorfo, así mismo, explorar de que manera podían influir en la dinámica del comportamiento de los pacientes suicidas. Se aplicó el MMPI-2, una entrevista y un cuestionario de síntomas de trastornos somatomorfos a una muestra de 15 pacientes adultos internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, que presentaron intento de suicidio o ideación suicida. El estudio tuvo como propósito el desarrollo de una investigación que permitiera obtener conocimiento empírico acerca de las características identificables del trastorno somatomorfo asociado a la personalidad de pacientes que hallan presentado intentos de suicidio o ideación suicida. En los resultados se encontraron indicadores que corresponden al trastorno somatomorfo con importantes elementos que dan lugar al comportamiento suicida, particularmente con elevaciones más elevadas en las mujeres de escalas como: Es, Pt, Pa, D, Dp, Is, y Hs y en los hombres las escalas Pa, Es, Mf, Hs y Dp. del MMPI-2. Concluyendo que ambos grupos presentan síntomas de trastornos somatomorfos, aunque las mujeres presentan mas alteraciones de la personalidad que los hombres. **Palabras clave: Suicidio, Trastornos somatomorfos, Personalidad, MMPI-2.**

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema que cada día preocupa más en nuestra sociedad debido a factores como aumento de incidencia, disminución de la edad promedio en el que se presenta, etc. Es por ello que ha sido un desafío importante para investigadores de varios campos el profundizar acerca de este, para encontrar los factores que pueden intervenir para que una persona llegue a cometer el acto de suicidio.

En este sentido se han llevado a cabo varias investigaciones, (Bennazzi (1998), De la Peña, Rosa, Paez (1999), Gonzáles, Jiménez (2003), Espinoza, Almeida, Cortes, Leo (2003),) que se enfocan al estudio de personalidad, debido a que el suicidio es un fenómeno complejo en el que intervienen varios factores que se combinan aun queda mucho por investigar al respecto.

Hay diversos trastornos mentales que se han vinculado con el suicidio entre ellos se encuentran los trastornos somatomorfos, en los cuales hay factores que pueden incluir en la conducta suicida, como es el caso del trastorno de somatización el cual ha sido asociado con conductas autodestructivas y suicidas (Gustafsson y Jacobsson, 2002); el trastorno de conversión que se considera como un conflicto intrapsíquico y la conversión de este en síntomas físicos, este ha sido asociado con trastornos de la personalidad pasivo-agresivas, histriónicas y acompañado de otros síntomas como son los depresivos lo cual puede llevar a que los pacientes afectados por este trastorno tengan un importante riesgo de suicidio, (Ruiz, 1998).

Se estima que la hipocondría es la expresión de deseos agresivos y hostiles hacia los demás convertidos hacia si mismo por medio de mecanismos de represión y el desplazamiento en molestias físicas, en la dinámica de personalidad de estos pacientes se encuentran involucrados aspectos como sentimientos de culpa, baja autoestima y depresión que podría llevar a la hipocondría a tener una relación importante con el suicidio, (citado en Ruiz, 1998)

En el trastorno dismórfico corporal se ha encontrado comorbilidad con trastornos depresivos y trastornos de ansiedad lo que puede llevar a estos pacientes a presentar conductas autodestructivas llegando a presentar intentos de suicidio, (citado en García, Salvano y Alamo, 2002).

El trastorno por dolor se ha asociado con una variante de un trastorno depresivo en forma enmascarada o somatizada, por lo que se ha encontrado que puede tener una relación importante con la conducta suicida, (Sullivan, Rapp, Fitzgibbon y Chapman, 1997).

En el presente estudio se buscó analizar las características de personalidad en pacientes internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría que habían presentado algún intento suicida o bien que habían tenido ideaciones suicidas en su historia clínica para en base a este análisis de determinar si se encontraban presentes rasgos de trastornos somatomorfos.

Para ello se comienza abordando capítulos introductorios con marco teórico cuyo contenido es el siguiente:

En la primera parte del estudio se abordaron antecedentes de investigaciones hechas sobre el suicidio cuya principal importancia en el presente estudio es analizar las causas que pueden influir en él.

En el capítulo uno se abordaron diferentes aspectos referentes al suicidio como lo son: definiciones del suicidio, la etiología del suicidio, epidemiología del suicidio abarcando diferentes teorías tomando en cuenta factores psicológicos, sociales, biológicos y culturales que pueden influir en el suicidio y epidemiología del suicidio.

En el capítulo dos se aborda todo lo referente a los trastornos somatomorfos la importancia de este en el presente estudio radica en que los rasgos de trastornos somatomorfos es lo que se exploró en el perfil de los pacientes suicidas y se consideró conveniente abarcar antecedentes de lo que son estos para tener una mejor comprensión de las características de personalidad de estos pacientes así como también para tener un conocimiento de las causas que pueden originarlos, los factores precipitantes y también dar

una definición de cada uno de los trastornos somatomorfos abordados en este estudio

Posteriormente en la metodología se plantean las hipótesis de trabajo, los objetivos y el método empleado para llevar a cabo la investigación. En el capítulo de resultados se describen las características de la muestra y se reportan los hallazgos encontrados en cada una de las escalas del MMPI-2, asociadas a los trastornos somatomorfos y los indicadores relacionados con cada uno de estos. Finalmente en la discusión se contestan las hipótesis planteadas para el estudio y en las conclusiones se integran los principales elementos encontrados en los resultados comparados con otros estudios en los que se han reportado datos similares.

ANTECEDENTES

Actualmente la mayoría de los investigadores de las sociedades occidentales considera que el suicidio es un fenómeno complejo, con factores psicológicos, biológicos y sociales asociados. El suicidio puede ser el resultado de un deseo de escapar de una situación difícil o de querer herir a una persona o a una institución. Se ha especulado que un factor genético predispone a ciertas personas a la depresión y al suicidio.

Schneidman, definió el suicidio como “el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución. De este modo, el suicidio no es fortuito o inmotivado, sino que constituye un alivio para un problema o una crisis que produce sufrimiento intenso. (en Moron, 1992).

El suicidio parece surgir del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor, la enfermedad terminal, las pérdidas económicas y otras circunstancias similares. El suicida experimenta desesperanza y desvalimiento, conflictos ambivalentes entre la vida y el estrés continuado sin posibilidades evidentes de cambio o mejoría. Estos sentimientos y actitudes son señales de peligro. El próximo paso es el intento auto lítico, (en Moron, 1992).

En este sentido se han llevado a cabo diversas investigaciones enfocadas al estudio de la personalidad de personas que han presentado intento suicida, así como los factores que pueden influir a que se suscite un intento de suicidio, o bien que exista presencia de ideas suicidas, incluso que se lleve a cabo, en el presente estudio se destacan aquellas en donde se ha encontrado presencia de algún rasgo de trastornos somatomorfos en la dinámica de personalidad de los personas con conducta suicida; entre ellas encontramos el estudio de Segrin, (2001) en donde en su obra “procesos interpersonales en problemas psicológicos” demuestran que los eventos interpersonales tienen un profundo impacto en el desarrollo curso y consecuencias de desórdenes específicos en la conducta y que hay una correlación entre las experiencias

interpersonales y la vulnerabilidad que se tenga hacia la psicopatología, esta puede incluir depresión, alcoholismo, disfunción sexual trastornos somatomorfos, ansiedad, etc.

Nakao, Yamanaka y Kuboki, (2002) examinaron la asociación de ideas suicidas con síntomas somáticos en una muestra de 863 pacientes, se encontró que alrededor del 31 % de los pacientes con algún síntoma somático reportaron ideación suicida, así como también una correlación importante entre las diferentes manifestaciones somáticas y la presencia de ideación suicida.

En un estudio hecho con 31 adultos con una edad comprendida entre los 24 y 73 años, con depresión, 19 pacientes con distimia y 25 pacientes con depresión y distimia se encontró que en los pacientes con distimia presentan diversos problemas somáticos incluso mayores que los pacientes con depresión pero los pacientes depresivos presentan una mayor incidencia en intentos suicidas (Irastorza, 2001).

En otro estudio realizado por Shaar y Oejehagen, (2001) con una muestra de 358 pacientes entre los 20 y los 66 años se analizaron problemas de salud mental que dividieron en psicosis, depresión, personalidad borderline y otros diagnósticos, se encontró que un gran porcentaje de estos pacientes con intentos suicidas presentaron a su vez desordenes somáticos antes de presentar el intento.

Gustafsson y Jacobsson, (2000) examinando desordenes psiquiátricos y somáticos en autopsias psicológicas de 100 casos de suicidio encontraron que el desorden psiquiátrico más común era un trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar, los trastornos somáticos fueron encontrados en un 30%, así mismo se encontró que las personas que llevaron a cabo el suicidio presentaban con mayor frecuencia un desorden somático acompañado de algún problema mental atribuyen esto, a que el hecho de presentar algún problema somático acarrea mas conflictos laborales y personales, lo que puede orillar mas frecuentemente al suicidio.

Se encontró en un análisis hecho en la concentración de TSH en 92 pacientes depresivos, así como también la presencia de trastornos somáticos e

intentos suicidas, y se encontró que la diferencia en las concentraciones de tiroxina esta relacionada tanto con la depresión mayor como con los desordenes somáticos, (Berlin, Payan, Corruble, y Puech, 2001).

Pendse, Westrin y Engstroem, (1999) en una muestra de pacientes en edades comprendidas entre los 19 y 62 años de edad con depresión mayor encontraron que existe una relación entre síntomas somáticos como tensión muscular psicastenia, irritabilidad y baja socialización en los pacientes depresivos con presencia de ideas suicidas.

Maier y Falkai, (1999) encontraron que la depresión, el desorden de ansiedad generalizada, y los trastornos somatomorfos son los desordenes psiquiátricos que se han encontrado más frecuentemente en la población, estos son acompañados de graves consecuencias como son: mayor inestabilidad social, abuso de sustancias, intento suicida e ideación suicida.

Nakaya, Komahashi, Ohmori y Suwa, (1998) encontraron que existe una presencia significativa de depresión, suicidio y síntomas somáticos en pacientes que se encuentran en la fase crónica de esquizofrenia.

En pacientes con cáncer el dolor es el factor más importante por el que ellos pueden desear y buscar la muerte el dolor también esta correlacionado con la presencia de depresión en estos pacientes, pero ésta no se encuentra muy asociada con el deseo de morir, pero un factor que se encuentra muy asociado al dolor en los pacientes con cáncer es la aparición de síntomas somáticos, (Sullivan, Rapp, Fitzgibbon, Chapman, Richard, (1997)).

Una investigación hecha por Helstelae y Sourander, (2002) en donde se tomo una muestra de 586 adolescentes en la ultima etapa con problemas de desadaptación se hizo una medición en escalas tomando en cuenta problemas somáticos, ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, atención, delincuencia y agresividad ellos reportan que la desadaptación al final de la adolescencia esta correlacionada con problemas somáticos, depresivos, de ansiedad y predisposición a presentar conducta suicida.

Linehan, (2002) mostraron que en pacientes que presentan desajustes emocionales y por consiguiente problemas en su vida funcional presentan un alto índice de conductas suicidas.

Existe una relación entre la salud mental, la presencia de alteraciones físicas y el estado físico, Dixon, Postrado, Delahanty, Fischer, Lehman, (1999), encontraron que en pacientes esquizofrénicos reportan por lo menos un problema médico entre estos, que pueden reflejarse alteraciones visuales, en la presión sanguínea etc., y que a su vez estos contribuyen en que exista un peor diagnóstico en los síntomas psicóticos, depresión y en atentados suicidas.

En un estudio hecho con 30 pacientes que tenían algún problema psicológico, como el auto concepto y los desordenes de personalidad con depresión mayor, encontraron que en los pacientes con depresión mayor existen problemas de dependencia, rasgos obsesivos compulsivos y rasgos histriónicos de la personalidad, (Zlot, Herrmann, Hofer, Adler y Rolf, 2001).

Soloff, Lynch y Kelly, (2002), realizaron un estudio con una muestra de 61 pacientes entre edades de 18 a 50 años caracterizados por una historia de suicidio, impulsividad, conducta antisocial y conducta autodestructiva, encontraron que el tener historia de abuso sexual en la infancia da una predisposición a desarrollar una personalidad borderline y esto asociado a su vez con conducta autodestructiva.

Hjerl, Andersen, Keiding, Mouridsen, Henning, Mortensen y Jorgensen, (2003) realizaron una investigación donde se tomó una muestra de pacientes con diagnóstico de cáncer y se encontró que existe una fuerte predisposición después de un diagnóstico de cáncer a desarrollar depresión y junto con estos factores somáticos, estos resultados fueron encontrados junto con causas inaturales de muerte como son accidentes, suicidios u homicidios.

Los conflictos familiares, en la niñez, problemas de abuso sexual, y otros han sido asociados con la presencia significativa de conducta auto lesiva la cual puede llegar al suicidio, además de la presencia de problemas como son la depresión, conductas agresivas, antisociales y presencia de rasgos de

trastornos somatomorfos, en este sentido se han realizado algunas investigaciones:

Bridsky, Oquendo, Ellis, Haas, Malone y Mann, (2001) en una muestra de 136 adultos con depresión, conductas impulsivas, agresivas e intentos suicidas encontraron que existe una alta correlación entre traumas reportados en la niñez como lo son abusos sexuales, y maltrato físicos y psicológico con la presencia de problemas relacionados con conducta auto agresiva, y conducta suicida en la adultez

Dermut, (2001) encontró que en los pacientes que ha habido algún antecedente de suicidio existe mas disfunción dentro de la familia que en pacientes que no han presentado historia de suicidio, se asocia a esto también la mala comunicación en la familia con los atentados suicidas, también asocia las diferencias del funcionamiento familiar con los diferentes grados de suicidio, (citado en Kaplan, Sadock, 2001).

Green, Russo, Navratil y Loeber, (2000) examinaron la prevalencia y edad en el comienzo de abuso físico, sexual y psicológico en una muestra de 49 mujeres en edades entre 13 y 17 años, se compararon con un grupo de mujeres que no habían sufrido abuso sexual alguno y se evaluaron las diferencias de la conducta destructiva; Encontraron que en las mujeres que han sufrido abuso sexual existen mayores índices del trastorno somatomorfo del dolor, que las mujeres que fueron maltratadas físicamente.

En resumen el suicidio se ha definido como un acto llevado a cabo cuando la vida se percibe como insoportable y siendo la muerte la única salida a los conflictos proporcionando ésta un sentimiento de alivio, así mismo existen factores que influyen como detonadores entre los que se encuentran problemas económicos, laborales, familiares, baja autoestima y problemas de salud física o mental.

Existen investigaciones enfocadas al estudio de la personalidad de los suicidas y se ha encontrado un alto índice de conducta antisocial autodestructiva, presencia de trastornos somatomorfos, antecedentes de abuso sexual en la infancia o bien problemas como son maltrato físico o

psicológico; desajustes emocionales; diagnóstico de alguna enfermedad terminal; y problemas como son la disfunción sexual.

El suicidio es considerado como un acto consciente e intencional que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkeim, 1974) (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Este está inmerso en un contexto de condiciones que lo propiciatorias como son la desintegración social, la pobreza, y el estancamiento económico, todas estas situaciones son características prevalecientes de nuestro país y se ha visto repercutido en la problemática del suicidio.

Según los registros de la Secretaría de Salud, durante el 2004, los estados de la República con mayores casos reportados de muerte por suicidio fueron: Veracruz (324), Jalisco (316), Chihuahua (192), Distrito Federal (189). (INEGI (2004).

Actualmente se considera un reto conocer la magnitud de la problemática suicida en su justa dimensión, pues se sabe que generalmente se trata de ocultar o enmascarar el suceso por diversas razones, se calcula que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado, (INEGI, 2005).

De acuerdo con González y Jiménez, (2003), esto sucede principalmente porque es casi ineludible registrar los suicidios consumados ya que se tiene que definir el motivo de muerte en el acta de defunción y porque los intentos que también conllevan una connotación legal, con mayor frecuencia son registrados para evitar complicaciones debidas al estigma social hacia la conducta suicida.

En los estudios realizados en México, se ha encontrado que los criterios para determinar la naturaleza de la muerte natural, accidental, o por suicidio corresponden a los resultados de las investigaciones emprendidas por las Agencias del Ministerio Público, y en ocasiones a los médicos legistas. Hasta la fecha los datos de que disponen las instituciones dedicadas a consignar este

tipo de hechos no siempre señalan con claridad la distinción entre muerte por suicidio y muerte accidental, (INEGI, 2004).

En México los estudios sobre la mortalidad por suicidio ponen de relieve un incremento en todos los grupos de edad, pero actualmente se ha concentrado notablemente en adolescentes y jóvenes de ambos sexos en edades comprendidas entre los 15 y 29 años. Por ejemplo, el número de suicidios registrados a nivel nacional durante 1990, entre la población de 15 a 19 años se registró una tasa porcentual de 5.6% de casos y en el año del 2004 aumento al 10.2% de casos; para el grupo de 20-24 años en 1990 se reportó una tasa del 4.5%, para el 2004 del 12.2%, y para el grupo de 25 a 29 años en 1990 hubo una tasa del 4.5 % y en el 2004 del 11.3%, (INEGI, 2004).

González, Borges, Gómez, Jiménez, (1996), tomando una muestra de 1848 estudiantes de educación media y superior encontraron que el 10.1% reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. El intento suicida presenta variaciones importantes por sexo, encontrándose una proporción mayor de mujeres (13.3%) que de hombres (6.3%). Con respecto a la ideación suicida esta presente, con mayor frecuencia entre los estudiantes con intento suicida en ambos sexos; fue más alta entre el sexo masculino (53.3%) que entre las mujeres (41%).

Otro aspecto importante en el panorama epidemiológico del suicidio consumado o del intento de suicidio, es que en la mayoría de los países se observa una clara distinción entre hombres y mujeres. Los hombres se suicidan más que las mujeres y lo intentan más que los hombres.

En el 2004 según datos estadísticos del INEGI, del 14.8% de muertes reportadas por suicidio: el 6.3% fueron mujeres y el 8.5% hombres, el suicidio está situada como la décima octava causa de mortalidad prematura entre los hombres adultos, y la tercera causa de mortalidad entre los hombres menores de 25 años. La tasa suicida entre los hombres jóvenes es 4 veces superior a la que existe en las mujeres, con una tasa mayor entre empleados (61 %), que en desempleados (39%).

Conforme a los reportes presentados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI, 2004), se tiene conocimiento que el 58% de los suicidios se efectúan en segmentos sociales urbanos y son tres los grupos sociales afectados de forma relevante: trabajadores, comerciantes y oficinistas. En México como en el extranjero más de la mitad de muertes por suicidio se producen en las zonas urbanas.

González, (1992) muestra en un estudio realizado que en los hombres el factor principal de riesgo para el suicidio es el estrés en el ambiente familiar, discusiones y prohibiciones; mientras que en las mujeres los factores de riesgo son: el estrés por sentirse en desventaja con amigos (as), baja autoestima, impulsividad, la percepción de que su papa no se interesaba en sus contactos sociales, la mala comunicación con su mama y el preferir no buscar ayuda cuando tienen problemas, (en González y Jiménez, 2003).

En México, a contrapelo de lo que sucede en Europa, Estados Unidos y Canadá, no es el uso de armas de fuego el método más letal para la consumación del suicidio, esto es, no ocupa como en esos países el primer lugar. En orden decreciente, la estrangulación está en primer lugar con 56 % de las muertes, seguida por el empleo de las armas de fuego con el 27 %, las sustancias venenosas tienen el 9 % y están en tercer sitio, y por último, otros métodos representan el 8 %. El lugar en que se consuma esencialmente el acto suicida es el hogar y alcanza el 80 % del total, (INEGI, 2004).

De acuerdo a los datos recabados sobre la epidemiología del suicidio en México, se puede deducir que son los pocos datos e investigaciones hechas sobre el suicidio debido a factores tales como que la información que se obtiene sobre las causas de muerte de suicidio se recaban principalmente de agencias del ministerio Público y no siempre se señalan con claridad la distinción entre muerte por suicidio o accidental. Entre los estudios más destacados en México se encuentran aquellos que toman al suicidio como problema de salud mental; los estudios sobre la mortalidad por suicidio resaltan un incremento en todos los grupos de edad, concentrándose más en adolescentes y jóvenes.

En comparación a otros países donde las armas de fuego son el método mas utilizado, en México en orden decreciente se emplean los métodos de estrangulación, armas de fuego y uso de medicamentos o sustancias venenosas.

Otro aspecto que se considera importante resaltar son los distintos enfoques teóricos que tratan de explicar la etiología del suicidio, los tipos, además los factores que influyen para que se lleven a cabo.

CAPITULO I

EL SUICIDIO

1.1 DEFINICION DE SUICIDIO

Para Solomon (1976), el suicidio es la vía final común y el desenlace de un fracaso progresivo de la adaptación, con aislamiento y alteración de la red de relaciones humanas que nos sostienen y dan significado a la vida desvaneciéndose, (en Kaplan y Sadock, 2001).

1.2 ETIOLOGIA DEL SUICIDIO

El suicidio es el resultado de la influencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre si para generar un gran numero de conductas suicidas que van desde la simple ideación hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de una conducta suicida son muchas, e incluyen factores genéticos y biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricos, psicológicos y sociales.

Blumenthal y Kupfer (1986) propusieron un modelo basado en los aspectos biomédico que explica las conductas autodestructivas en base a la interacción de múltiples factores de riesgo, los cuales se agrupan en 5 ejes o dominios, que constituyen esferas de vulnerabilidad: factores biológicos, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores familiares y genéticos y factores psicosociales entre los que se incluyen los acontecimientos vitales, los factores ambientales y las enfermedades médicas. La conducta suicida es mas probable mientras mayor es le numero de factores de riesgo presentes, (citado en Moron (1992).

Emile Durkheim, (citado en Kaplan y Sadock, 2001) a finales del siglo XIX intento explicar modelos estadísticos del suicidio y dividió los suicidios en tres categorías:

SUICIDIO EGOÍSTA: Se aplica a los que no están bien integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar explicaría hechos como el que los solteros son mas vulnerables al suicido que los casados; que en las comunidades

rurales que existe mas integración social que en las urbanas exista menos porcentaje de suicidio; y que existan diferencias en las estadísticas con respecto a las religiones de los suicidas ya que por ejemplo en el protestantismo que es una religión menos cohesiva que el catolicismo tienen una tasa mas elevada de suicidio que los católicos.

SUICIDIO ALTRUISTA: Se aplica a los que llegan al suicidio por la excesiva integración en un grupo, siendo el suicidio el resultado de la integración.

SUICIDIO ANOMICO: Se aplica a quienes tiene alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales.

Factores Psicológicos

Sigmund Freud en su artículo Duelo y Melancolía, afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido de matar a otra persona, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Karl Menninger, en su obra “El hombre contra si mismo” concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente hacia otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte auto-dirigido y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, e deseo de ser matado y el deseo de morir, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Actualmente los estudiosos del suicidio no están convencidos de que exista una psicodinamia específica o una estructura de personalidad que se asocie al suicidio. Se creó que se puede aprender mucho sobre el funcionamiento psicodinámico de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías sobre lo que ocurrirá y cuales serían las consecuencias si se llegasen a suicidar. Tales fantasías suelen consistir en deseos de venganza, poder, control o castigo; expiación de la culpa, sacrificio, escapar o dormir, salvación, renacimiento, reunión con los muertos o una vida nueva. Los suicidas que con más probabilidad ejecutan sus fantasías suicidas pueden haber perdido un objeto amado o haber

sufrido una herida narcisista, experimentando emociones abrumadoras como la ira y la culpa o se identifican con una víctima del suicidio, (en Moron, 1992).

Fernquist y Cutright, (2001) encontraron que factores como el género, actitudes políticas y diferencias en la socialización tienen efectos en la conducta suicida, presentaron predictores que nos muestran como la integración social llega a influir en la presencia de intento suicida.

Baechler, (1975) en su obra “Los suicidios”, tratando de comprender como los seres humanos pueden atentar contra su vida, define al suicidio como todo comportamiento que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto, (en Kaplan y Sadock, 2001).

Un estudio realizado por Aarón Beck muestra que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos de riesgo suicida a largo plazo. Un intento de suicidio puede causar la desaparición de una depresión de larga duración especialmente si se satisface la necesidad de castigo del paciente. Los pacientes suicidas pueden utilizar la preocupación por el suicidio como una vía de rechazo de la depresión intolerable y el sentimiento de desesperanza, (en Kaplan y Sadock, 2001).

En los 90s se presenta una aproximación creciente de enfoques psicológicos, sobre todo cognitivo en la sociología del suicidio. Lester y Leenars, (1991), en “Mitos acerca del suicidio” refieren a partir de las conceptualizaciones de Shneidman, (1985), al suicidio como una enfermedad multidimensional en la que el elemento capital es siempre psicológico (dolor psíquico insoportable). Para ellos el suicidio deviene la única solución a sus problemas, (citado en Moron, (1992).

La influencia biológica sobre algunas conductas suicidas es subrayada por algunos sociólogos como De Catanzaro, (1981), quien realiza un estudio sobre la conducta de auto lesión y el suicidio desde una perspectiva sociobiológica, (citado en Moron, (1992).

Con respecto a la etiología del suicidio y tomando en cuenta los modelos mencionados se puede decir que el suicidio puede presentarse en personas que

no se encuentran bien integrados a algún grupo social, o bien en aquellos que se encuentra alterada su integración social.

Dentro de los factores psicológicos se afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro contra un objeto introyectado cargado libidinalmente en forma ambivalente; también se considera por otros autores como un homicidio invertido causado por la cólera hacia otra persona.

Actualmente no existe alguna psicodinamia específica en la personalidad asociada en el suicidio se piensa que influye mucho las fantasías del paciente acerca de este.

Otro aspecto importante que se retoma en este estudio es la epidemiología porque permite analizar desde las tasas de mortalidad hasta las causas que lo generan.

La conducta suicida en diversos trastornos de la personalidad: De entre todos los trastornos mentales es la depresión el principal responsable de la mayor parte de los suicidios consumados. En los estudios realizados sobre grandes muestras de suicidio consumado, se ha encontrado que por término medio una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno afectivo de tipo depresivo. En general aunque en la conducta suicida influyen múltiples factores, el padecimiento de un trastorno depresivo o de otra enfermedad mental o física es un factor de gran influencia en la presencia de esta conducta, (en Moron, 1992).

El suicidio y el trastorno paranoide de la personalidad: Estos pacientes presentan un patrón de conducta de desconfianza y suspicacia que hace que se interprete maliciosamente las intenciones de los demás, pueden mostrarse furiosos, litigantes y agresivos, estando siempre a la defensiva, esta actitud les hace canalizar su agresividad hacia los demás al ser de ideas rígidas y defender sus criterios como únicos verdaderos. La tendencia al suicidio es difícil, salvo una evolución del cuadro hacia una descompensación psicótica, (citado en Moron, (1992).

El suicidio y el trastorno esquizoide de la personalidad: Es un patrón de limitación de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. Hay un grupo que se caracteriza por la anhedonia crónica con una marcada desesperanza y que les puede inducir a la ideación suicida. Otro grupo, se caracteriza por su inhibición, a veces tan severa que incluso les impide la ejecución del acto suicida, (en Moron, (1992).

El suicidio y el trastorno esquizotípico de la personalidad: Este trastorno se caracteriza por un malestar intenso en las relaciones personales, distonias cognoscitivas o perspectivas y excentricidades en el comportamiento, en función a su evolución son candidatos a una ideación suicida pero no hay datos relevantes de que lleguen a consumarlo, (en Moron, (1992).

El suicidio y el trastorno límite de la personalidad: Este trastorno se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y los afectos y una notable impulsividad, así como una gran inestabilidad emocional.

Este es de los trastornos mas relacionados con la conducta suicida según Soloff, Lynch, Kelly (2002), y que se encuentra asociado hasta en un 33% de las victimas de suicidio.

El suicidio y el trastorno histriónico de la personalidad: Es un patrón de conducta que se caracteriza por la emotividad excesiva y la demanda de atención. Se encuentra asociado con el suicidio más bien en el aspecto de chantaje afectivo o forma de llamar la atención, que como conducta autolítica.

Trastorno dependiente de la personalidad: Es un comportamiento de conducta sumisa y pegajosa, relacionado con una necesidad de ser cuidado. La conducta o la ideación suicida en estos sujetos van en función de los abandonos que sufran.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO

La Organización Mundial de la Salud (1999) reporta que a partir de los 50s se ha presentado una tendencia ascendente en la mortalidad debida a esta causa en números absolutos y relativos, así como variaciones importantes en lo referente al genero y edad; mientras en 1950 la mortalidad era del 56 % en personas de 45 o más años, y de 44 % para los sujetos de 5 a 44 años, para 1995, las cifras casi se invirtieron, la mortalidad en personas de 45 o más años representa el 47 %, mientras que el 53 % corresponde a edades de 5 a 44 años.

Se ha demostrado que en las actuales generaciones de adolescentes y adultos, existe un notable incremento de las tasas de mortalidad por ésta causa, particularmente en las regiones de América del Norte y Europa, en las poblaciones urbanas. La misma OMS señala que de 1960 a 1995 México paso de una tasa de 2.7 en hombres y 1 en mujeres por cada 100 mil habitantes a 5.4 y 1 respectivamente, lo que representa un incremento del 100% en la población masculina, y en la población femenina la tasa permanece constante, debido a que no se registra variación alguna.

Las investigaciones de autores como Diekstra, (1995) han contribuido constantemente al debate sobre el probable aumento de vulnerabilidad de las generaciones actuales de adolescentes y adultos para desarrollar conductas suicidas, que las generaciones precedentes, y entre las causas más comunes se han hallado: el aumento entre la población de cuadros depresivos asociados al abuso de sustancias, número cada vez mayor de estresores sociales con sus efectos sobre los jóvenes; el cambio de las actitudes hacia las conductas suicidas y el aumento de modelos suicidas al alcance de jóvenes y adultos, (citado en Moron, 1992).

La tasa suicida no sólo muestra un aumento entre niños, jóvenes y adolescentes, pues se extiende a nuevos grupos sociales que han mostrado su alta vulnerabilidad al intento suicida o al acto logrado, entre ellos se puede citar ejecutivos, mujeres en la fase de la menopausia, jóvenes habitantes de barrios pobres, pacientes con sida, pacientes con enfermedades en estado terminal,

hombres en crisis, discapacitados y en algunas minorías étnicas. Autores como Turgay (1991), llega incluso a señalar que en algunos lugares de los Estados Unidos se puede apreciar un incremento del 300 por ciento en la tasa de suicidios entre jóvenes en los últimos 30 años, (citado en Moron, 1992).

McCauley, Rusell, Bedford, Khan, Nelly, (2002), encontraron que alrededor del 70% de pacientes que presentan conductas autodestructivas se relacionan con sobredosis, estrés reciente, algún diagnóstico psiquiátrico, historia familiar psiquiátrica, abuso de drogas o alcohol, antecedentes de conducta suicida y violencia anterior.

Las actitudes sociales hacia el suicidio oscilan entre la preocupación y los aspectos negativos. Entre las primeras se nota la ausencia de explicaciones o respuestas precisas que contribuyan a reducir el riesgo, intento o el acto suicida, las explicaciones simplistas que minimizan la importancia de una conducta de esta naturaleza, etc. De las segundas se pueden citar la magnificación de los aspectos más negativos del suicidio, destacando detalles sensacionalistas, ofrecer descripciones pormenorizadas de cómo alcanzar un suicidio logrado, subrayar supuestos aspectos positivos, etc.

En conclusión los datos epidemiológicos sobre el suicidio muestran que hay una tendencia ascendente en las últimas décadas, así como también en la población joven este se atribuye al aumento de estresores sociales, abuso de sustancias, presencia de enfermedades mortales y abuso de sustancias.

Tomando en cuenta lo anteriormente citado se considera de importancia considerar que pueda existir la presencia de rasgos y síntomas en los pacientes suicidas que relacionados con los clasificados dentro de los trastornos somatomorfos se pueden presentar con características diversas en los sujetos que han intentado o tenido ideas suicidas.

CAPITULO II

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

2.1 Antecedentes históricos de los trastornos somatomorfos:

La medicina reporta conocimiento del grupo de enfermedades incluidas en los trastornos somatomorfos desde el principio de los tiempos. No obstante, hasta el siglo XX nunca se empleo este término sino que usaron diferentes denominaciones como histeria o hipocondría.

2.2 Definiciones de los trastornos somatomorfos

Los egipcios fueron los primeros que documentaron por escrito este trastorno. En el papiro de Kahum, fechado en el año 1900 a.C., se menciona una enfermedad en el que el paciente se queja de malestar físico, pero los médicos no encuentran ninguna causa que justifique las molestias.

Los griegos, que heredaron parte de la tradición en medicina del antiguo Egipto, definieron esta enfermedad y le dieron el nombre en uno de los textos médicos más importantes de la antigüedad “el Hábeas Hipocraticus”, aquí lo denominaron Histeria (del griego hysterum, útero) porque consideraban que los síntomas los producía el útero al desplazarse por el organismo, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Durante el siglo XIX las teorías freudianas dominaron el panorama psiquiátrico respecto al estudio de estos trastornos, fue así hasta la primera mitad del siglo XX. Fue en este periodo, concretamente en 1927 cuando Wilhem Stekel utilizó el término de somatización por primera vez en la literatura psiquiátrica, para referirse al proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales.

La influencia del psicoanálisis fue decreciendo en la segunda mitad del siglo y el concepto de somatización fue desligándose de las teorías freudianas.

En 1951, James Purtlell revisó las descripciones de los casos Dex Briquet y sobre esta base en 1962, Samuel Guze configuró una serie de criterios para identificar un subgrupo homogéneo de pacientes histéricos. Se requería que la

enfermedad iniciase antes de los 35 años, mostrase una evolución crónica y fuera acompañada de múltiples quejas físicas (veinticinco o más), en diferentes sistemas orgánicos, con descripciones dramáticas y un uso excesivo del sistema sanitario, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Los estudios que se llevaron a cabo confirmaron la validez del Síndrome de Briquet, ya que entre el 80 y el 90% de los pacientes presentaban el mismo cuadro clínico seis u ocho años después del diagnóstico.

Las clasificaciones psiquiátricas modernas recogen por primera vez los criterios de Briquet, cambiando su denominación por la de “TRASTORNOS SOMATOMORFOS”, (citado en García, Salvanes, Alamo, (2002)).

2.3 Visión y definición de los Trastornos Somatomorfos en diferentes culturas.

Durante varios años en gran parte del mundo existió la hipótesis conocida como “el mito del salvaje sano” el cual nos dice que los individuos de países no desarrollados se encuentran sanos desde el punto de vista físico y mental.

Sin embargo se han realizado varios estudios antropológicos en comunidades primitivas africanas y asiáticas, y estos lejos de confirmar esta hipótesis han demostrado que las enfermedades físicas y mentales en los pueblos primitivos eran tan frecuentes como en los desarrollados.

En la década de los sesenta los psiquiatras occidentales comenzaron a estudiar los trastornos psiquiátricos en el Tercer mundo. Así se descubrió que los síntomas físicos como la fatiga, la falta de apetito, las alteraciones del sueño y la disminución del deseo sexual aparecían sin excepción en todos los países estudiados, (en Kaplan y Sadock, 2001).

Un segundo grupo de síntomas, llamados afectivos o emocionales, como el ánimo deprimido, la incapacidad de disfrutar de lo que nos gusta o el desinterés por las actividades habituales, exigía cierto nivel de desarrollo social para manifestarse en la cultura.

También se puede demostrar que los aspectos más puramente psicológicos de la depresión como el complejo de inferioridad, la desesperanza o las ideas de suicidio eran casi exclusivos de los países occidentales.

En conclusión podemos observar que mientras los individuos de las sociedades no desarrolladas, centradas en la vida en grupo, tienden a presentar el malestar psicológico de forma somatizada, los individuos de los países occidentales desarrollados, centrados en el individuo, que enfatizan el culto a la personalidad y con una elevada tendencia a la introspección son capaces de expresar la depresión o la ansiedad directamente, a través de un complejo grupo de síntomas.

Se han desarrollado diferentes hipótesis que tratan de explicar este hecho, de las más aceptadas es la del psiquiatra Julian Leff, que habla de carencias en el lenguaje. Según su teoría todos los lenguajes sufren un proceso evolutivo relacionado con el desarrollo tecnológico, que permite ser más precisos en la expresión del malestar psicológico. A mayor desarrollo científico-tecnológico, mayor riqueza idiomática en los temas relacionados con el sufrimiento psicológico. Para demostrar esta teoría se basó en el hecho de que los emigrantes del Tercer Mundo que viven en países más desarrollados como Gran Bretaña, cuando llenan simultáneamente en inglés y en su propio idioma cuestionarios sobre malestar psicológico tienden a puntuar más alto en depresión y ansiedad cuando responden en inglés que cuando lo hacen en su lengua materna, (en García, Salvanes, Alamo, 2002).

Existen enfermedades que solo se dan en ciertos lugares del mundo y que tienen una base común con lo que en los países desarrollados se denominan "Trastornos Somatomorfos".

Como se ha visto hay teorías que han tratado de demostrar que los trastornos somatomorfos son trastornos que están ligados estrechamente a la personalidad del sujeto y que va a depender en gran medida al nivel cultural o de desarrollo que tenga el país de origen, sin embargo se han realizado estudios donde se ha detectado que existen enfermedades que solo se dan en ciertos lugares del mundo independientemente a estos aspectos y que tienen una base común con lo

que en los países desarrollados se denominan “Trastornos Somatomorfos” según Kellner, (1991), como los son:

EL KORO: Este ha sido descrito en China y en los lugares donde hay población de este país, Suele parecer de forma aislada, aunque se han descrito epidemias de esta enfermedad. Consiste en un miedo agudo e irracional a que los genitales se retraigan en el abdomen hasta desaparecer y el proceso culmine con la muerte. Esta se considera una forma específica de somatización.

EL ATAQUE DE NERVIOS: Se descubrió por primera vez en los pacientes de Puerto Rico, y se ha detectado en toda Latinoamérica. Se considera una forma socialmente aceptada de demostrar duelo o ira. Los síntomas más importantes consisten en una sensación de calor en la zona cardíaca que se extiende hasta la cabeza, parálisis de las extremidades, hormigueos y sensaciones extrañas, dificultad para respirar y pérdida de memoria. El individuo suele empezar a gritar a insultar e incluso a golpear a otras personas, cae al suelo y presenta convulsiones y, en algunos casos, hay pérdida de conciencia. Este se considera una forma de somatización aguda específica de Centroamérica y Sudamérica, (Kellner, 1991).

LOS SÍNDROMES SOMÁTICOS GENERALIZADOS: Son trastornos que presentan como denominador común la pérdida de energía, las quejas somáticas vagas y difusas, trastornos del sueño e incapacidad para concentrarse. Se han descrito en diferentes partes del mundo. En Nigeria, entre los yorubas, se denomina brain-fag (cansancio mental) y Ode-Ori. Los pacientes describen sus molestias como “un insecto que se arrastra por el interior de la cabeza”.

Síndromes somáticos semejantes también han sido descritos en Asia, donde los coreanos los conocen como hwa-yung (enfermedad de la ira o enfermedad del fuego) y los japoneses como Shinkeisuijaku, mientras que en China, a partir de los estudios de Arthur Kleinman, se habla de Neurastenia. En el continente asiático, se interpreta como el resultado de no expresar la ira o el enojo. Los

especialistas consideran que estos síndromes somáticos generalizados constituyen la expresión propia de la reacción a la depresión, (Kellner, 1991).

Hay varios autores que concuerdan en que la somatización es el resultado de la percepción dualista cuerpo-mente (García, 1999). La tradición médica occidental distingue dos conceptos fundamentales:

El malestar subjetivo (illnes). Se trata del sufrimiento del paciente y de su forma de comportarse y de describir el dolor. No se puede conocer su intensidad excepto por lo que describe el enfermo

La lesión objetiva (disease). Se refiere a los cambios que el médico puede medir y objetivar, mediante la exploración física o bien mediante pruebas complementarias.

Según esta perspectiva todo individuo que expresa malestar o dolor debe presentar una lesión corporal objetivable. Si no hay lesión objetiva, el individuo no puede mostrar malestar porque no existe ninguna causa que lo justifique.

Cualquier otro comportamiento es considerado una alteración del patrón denominado en la medicina occidental somatización.

Sin embargo en las mediciones no occidentales y en las antiguas tradiciones médicas como la medicina clásica griega, los individuos no eran considerados seres compuestos de mente y cuerpo. En estas no se apela a las pruebas biológicas sino que basta con que una persona manifiesta que se encuentra enferme para que se aceptara su condición de tal. Así el malestar subjetivo no se podía considerar menos que la lesión objetiva, porque no se realizaba tal distinción, (García, 1999).

2.4 Causas de los trastornos somatomorfos.

Existen varios factores que pueden influir en la presencia y expresión de algún síntoma físico en los individuos estos son tan diversos como el estado de animo, la personalidad, la situación que este viviendo actualmente etc., así como también

existen factores externos que pueden ejercer influencia sobre cualquier paciente, tomando en cuenta esto se ha visto que pueden existir factores que predispongan a una persona a padecer alguno trastornos somatomorfo.

Casi todas las enfermedades humanas presentan múltiples causas y surgen de la interacción de diversos factores externos e internos.

David Goldberg, propuso un modelo para explicar la causa de las enfermedades mentales basado en tres tipos de factores: predisponentes precipitantes y mantenedores, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

2.5 Factores Predisponentes

En el caso de los trastornos somatomorfos dentro de los factores predisponentes se incluyen tres tipos de factores: genéticos, biológicos y las experiencias infantiles.

1) Factores genéticos: Los estudios de adopción en que se comparan hermanos gemelos educados por padres diferentes han demostrado que existen factores genéticos que predisponen a la somatización. Robert Cloninger demostró que la somatización puede asociarse con enfermedades psiquiátricas parecidas por familiares de primer grado, aunque el tipo de enfermedad de los familiares con que se asocia varia en función del sexo, (en Kaplan y Sadock, 2001).

En los familiares varones de primer grado de las personas con algún trastorno somatomorfo se diagnostican mas casos de abuso de alcohol y trastorno antisocial de personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino, existe mas el diagnostico de trastorno de somatización.

En ambos sexos se trata, de problemas de adaptación a las normas sociales. En el caso de los varones, los individuos rompen los límites sociales de forma explícita, y en las mujeres, el sistema para saltarse las normas es algo más sutil, pues recurren a conductas pasivo-agresivas, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

2) Factores Biológicos: Aunque los aspectos psicológicos son muy relevantes en los trastornos somatomorfos en estos existe también cierta base

biológica, puramente física. Se tiene evidencia de una serie de alteraciones corporales, muy difíciles de detectar en pruebas habituales pero constatables a través de pruebas específicas. El problema es que aunque se tiene constancia de estas alteraciones no se ha podido averiguar como influyen en la enfermedad ni se ha descubierto tratamientos adecuados para corregirlas, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

3) Experiencias infantiles: Parece ser que las experiencias infantiles constituyen el grupo más decisivo de factores predisponentes a la somatización y que los caso más crónicos y graves empiezan antes de los 30 años. En las personas que padecen algún trastorno somatomorfo, dichas experiencias se estructuran en tres grupos: (García, Salvanes, Alamo, 2002).

a) Carencias afectivas: En casi todos los casos se ha reportado separaciones, padres fallecidos o ausentes por algún motivo, o escasa presencia de alguno de los progenitores, y la consecuencia es que como mínimo, suelen detectarse carencias afectivas o indiferencia paterna. En los casos más extremos, ha habido maltrato físico y sexual. La frecuencia de abuso sexual en pacientes somatorfos, mujeres con dolores ginecológicos es altísima.

b) Modelado de la enfermedad de los padres: Los niños han sido sobre expuestos a la enfermedad. Han visto a sus padres enfermar con frecuencia por lo general con síntomas de dolor y con la subsiguiente incapacidad, y han presenciado como acudían sin cesar a médicos y hospitales. A menudo existe un gran parecido entre los síntomas del hijo y los que mostraban los padres. Por otra parte la enfermedad física ha sido bien aceptada en la familia y la enfermedad psíquica no), y ha servido para excusar al enfermo de cumplir con sus obligaciones.

c) Experiencias de la enfermedad como afrontamiento: El niño que crece en un ambiente de carencias afectivas comprueba, al caer ocasionalmente

enfermo, que las muestras de cariño de los padres Aumentan, al tiempo que disminuyen las obligaciones que se le han asignado en el seno de la familia. Al llegar a la edad adulta y encontrarse con que tiene que afrontar dificultades ya ha aprendido, aunque sea de forma inconsciente que la enfermedad es una excusa perfecta cuando no puede resolver un problema. Todo este proceso es inconsciente y el somatizador no lo controla. No está simulando nada. Solo tiene dificultades para manejarse en las situaciones de la vida adulta y la enfermedad constituye una forma de refugio que el niño aprendió a utilizar.

En el caso mas extremo esto podría manifestarse en conductas auto destructivas como autolesiones o incluso conductas de suicidio, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

2.6 Factores precipitantes

Se trata de situaciones de estrés, cuyas principales fuentes son el trabajo, la pareja y los amigos, situaciones que facilitan o potencian la aparición de la enfermedad en las personas que estén ya psicológicamente predisuestas a sufrirla.

EL TRABAJO: Cualquier trabajo en el que el individuo sienta que le exciten cierto rendimientos, o que no recibe atención y comprensión (esto es, una situación que actualiza el problema de sus carencias afectivas infantiles), puede ser el desencadenante de la somatización. Lo normal es que la persona que sufre esta circunstancia no se sienta comprendida y como ante cualquier situación de estrés experimente los síntomas de forma más intensa.

LA PAREJA: La tensión en la pareja puede ser también un factor desencadenante o precipitante de la somatización. Muchas mujeres, por ejemplo, se quejan de las excesivas demandas de su cónyuge. Como no han aprendido a negociar asertivamente o a decir no en el entorno familiar, estas mujeres recurren inconscientemente a la enfermedad aprende defenderse y conseguir que la pareja

se siente culpable si sigue exigiéndole cosas. De este modo, logran lo que quería decir “no”, pero a un precio muy alto, su salud.

LOS AMIGOS: Otro aspecto que produce estrés al paciente somatomorfo y favorece la aparición de los síntomas son las relaciones con los amigos. El somatizador, debido a sus frecuentes carencias afectivas infantiles, desarrolla muchas expectativas frente a las otras personas y les suele exigir mucho afecto. Como estas expectativas son imposibles de satisfacer el paciente llega a la conclusión de que la gente es egoísta y deduce que no vale la pena tener amigos. Estos sentimientos negativos hacen que sus síntomas físicos aumenten, y para evitarlo acaba aislándose del mundo, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

2.7 Factores mantenedores

Son los responsables de que una vez iniciada la enfermedad aguda, el proceso se convierta en crónico. En este sentido, los actores principales son la ganancia secundaria y el refuerzo social.

GANANCIA SECUNDARIA: Existen diversos factores que conllevan a la obtención de alguna ganancia secundaria y que pueden llevar inconscientemente a la producción de alguna enfermedad.

Por ejemplo: en las sociedades desarrolladas la imposibilidad de trabajar trae beneficios como la baja laboral, o la invalidez. La posibilidad de obtener ingresos sin trabajar constituye una ganancia secundaria que actúa tanto para los somatomorfos como para los individuos que padecen otra enfermedad. Los somatomorfos están convencidos de que no pueden realizar esfuerzos físicos entre los que incluye trabajar.

Sin embargo un factor que hay que tomar muy en cuenta es que los somatomorfos no buscan este beneficio de forma consciente. De hecho cuando consiguen la invalidez, no mejoran por ello, sino que de algún modo se refuerza su conducta de enfermedad y están más convencidos de su trastorno. Por un lado

disminuye la tensión psicológica pues se les ha reconocido como enfermos pero aumenta su invalidez física, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

REFUERZO SOCIAL: La existencia de refuerzo social con respecto a las conductas de enfermedad de los somatizadores facilita que el trastorno se convierta en crónico. El refuerzo social viene principalmente de dos fuentes: La familia y el médico.

La familia: Los familiares pueden favorecer y dificultar la somatización. Se ha demostrado que las parejas con altos niveles de hipocondría refuerzan el proceso y provocan un aumento de incapacidad. Por el contrario si las parejas no refuerzan la enfermedad, ayudan a mejorar el problema.

Se habla de parejas solícitas cuando, ante una queja del paciente, el cónyuge responde de forma inmediata con intención de ayudarlo. Y parejas No SOLICITAAS cuando el cónyuge no responde a la petición del enfermo y le insiste en que tiene que valerse por sí mismo. La dificultad de nos ser solícito está en que surge un sentimiento de culpa por sentir que no se apoya al paciente como lo necesita, sin embargo para un paciente somatomorfo la pareja no solícita es la que más lo favorece.

El médico: Los médicos con tendencia a practicar múltiples pruebas complementarias, que realizan diagnósticos ambiguos o que tratan enfermedades que no han diagnosticado constituyen un importante refuerzo para los pacientes con trastornos somatomorfos, (García, Salvanes, Alamo, (2002).

Los factores anteriormente mencionados desempeñan algún papel importante en el proceso de un trastorno somatomorfo, pero pueden existir otros factores que desempeñen un papel importante pero aun se desconocen.

2.8 SÍNTOMAS MÚLTIPLES DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Normalmente la persona que padece un problema de somatización puede presentar múltiples molestias. La más frecuente es la de dolor que puede afectar a cualquier parte del cuerpo, tórax, abdomen, espalda, extremidades, cabeza.

García (1999), realizó un estudio agrupando los principales síntomas físicos y la frecuencia con que se presentan en los trastornos somatomorfos siendo los siguientes:

- Dolor de espalda: 71%
- Mareos, vértigo: 65%
- Dolor en extremidades: 60%
- Flatulencias, gases en el estomago: 52%
- Dificultades al respirar: 50%
- Palpitaciones, taquicardia: 49%
- Dolor en articulaciones: 45%
- Dolor en pecho o costado: 44%
- Náuseas: 43%
- Amnesia, olvidos 39%
- Dolor abdominal: 37%
- Intolerancia a alimentos: 24%
- Diarrea: 23%
- Dificultad al tragar: 21%
- Menstruación dolorosa: 21%

Un trastorno somatomorfo se considera que es la forma más frecuente de manifestar el malestar psicológico. Para esta definición se tiene presente que la mente y el cuerpo no son dos entidades separadas, sino que mantienen una estrecha relación. Por consiguiente cualquier alteración, por insignificante que sea, del estado de ánimo, produce un malestar físico y viceversa, (Kellner, 1991).

Para muchas personas resulta más fácil darse cuenta de que padecen molestias físicas que ser conscientes de su malestar psicológico. Esto se debe a que los detectores de malestar físico han existido desde el origen del ser humano y se encuentran en todos los seres vivos. En cambio el detector de malestar

psicológico, que consiste en la capacidad de tomar conciencia de nosotros mismos y de nuestro estado mental específico del hombre y se ha ido perfeccionando a partir del desarrollo producido por la evolución cultural del hombre, (Kellner, 1991).

La frecuencia de la somatización es muy elevada entre la población general. Se considera que la cuarta parte de las personas que van al médico de atención primaria presenta molestias que pueden explicarse mediante fenómenos de somatización.

Si se tomara en cuenta que más de la mitad de los ciudadanos en un país acude al médico una vez al año, se podría llegar a la conclusión de que el 12.5% de los individuos presentan problemas de somatización, la mayoría de estas personas al acudir al médico y darse cuenta de que no padecen alguna enfermedad no vuelven a consulta. Pero casi un tercio de estos (4%) tienden a no estar convencidos y a mostrar conductas de algún trastorno somatomorfo.

En términos generales se denomina a un paciente somatomorfo cuando cumplen las siguientes características:

- Sufren de molestias físicas, pero ni en la exploración médica ni en las pruebas complementarias se detectan alteraciones significativas que justifiquen claramente las molestias.
- Creen que tienen una enfermedad física importante.
- Acuden repetidamente a las consultas médicas en busca de ayuda.
- Pese a la información del médico en sentido contrario siguen convencidos de que tienen un problema de salud y continúan acudiendo al médico y solicitando todo tipo de pruebas y tratamientos, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

La definición de somatización para Wayne Katono es explicada como un idioma de malestar en el que los pacientes con problemas emocionales y psicosociales articulan su malestar principalmente, a través de síntomas físicos.

De hecho estas personas pueden presentar múltiples enfermedades, como depresión ansiedad, trastornos de adaptación a circunstancias externas negativas, u otras enfermedades más crónicas. Prácticamente cualquier trastorno

psicológico puede manifestarse en forma somatizada, (citado en García, Salvanes, Alamo, 2002).

Sin embargo para Katon los trastornos somatomorfos vienen siendo los cuadros más crónicos de somatizar algún trastorno psicológico y estos pueden llegar a provocar mayor invalidez, estos afectan solo al 10% del total de personas que somatizan. El 90% lo forman personas con ansiedad o depresión que se presentan al médico quejándose de síntomas físicos pero que no han alcanzado un grado tan crónico.

La clasificación más usual de somatizadores es distinguir entre “**somatizadores agudos y crónicos**”. La inflexión entre esta clasificación se sitúa en la duración de la sintomatología, de modo que se consideran **agudos** a aquellos cuyo proceso ha tenido una duración inferior a seis meses, y **crónicos** a aquellos cuyo proceso ha durado mas de seis meses a los somatizadores crónicos son a los que se denominan pacientes con trastornos somatomorfos, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

Somatización aguda: Los somatizadores agudos suelen ser individuos que no han tenido problemas de esta índole con anterioridad cuya personalidad es normal y que han conocido el éxito en casi todos los aspectos de su vida. Empiezan a presentar malestar físico a raíz de un suceso externo traumático y, en general, se recuperan completamente con una o varias visitas a su médico, en cuanto se les explica que no hay ninguna enfermedad de la que preocuparse.

Existen muchas enfermedades físicas que pueden ir acompañadas de síntomas psicológicos, como animo deprimido, crisis de llanto, ansiedad, etc. así como también existen muchas enfermedades psiquiátricas que además de los síntomas psicológicos son acompañados de molestias físicas, por ejemplo un trastorno de angustia es acompañado de ansiedad, insomnio como molestias psicológicas y palpitaciones y temblores como molestias físicas. En los casos en que una persona concede mayor importancia a las molestias físicas que a las psicológicas y cree que la causa es física, podemos decir que estamos ante un somatizador agudo.

Si el médico no detecta que la persona sufre de malestar psicológico puede empezar a pedir pruebas complementarias y hacer que el problema vaya adquiriendo carácter crónico, o bien no consigue convencer al paciente que la causa es psicológica. Los somatizadores agudos se curan cuando el médico logra convencerles de que acepten la causa psicológica de su problema. De no ser así se transformara en un somatizador crónico, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

Somatización crónica (TRASTORNOS SOMATOMORFOS)

Características de personalidad de los pacientes con trastornos somatomorfos.

Los somatizadores crónicos suelen ser individuos que han tenido dificultades en la infancia porque han recibido poco cariño de sus padres y que se han sentido abandonados y poco cuidados. En los casos más extremos han podido existir maltrato verbal, físico o incluso abuso sexual.

También es frecuente que los somatizadores crónicos hayan estado en contacto con la enfermedad debido a la existencia de padres o familiares cercanos con problemas crónicos. En este contexto, han podido desarrollar una personalidad insegura, con dificultad para expresar sentimientos y para mostrarse afectivos.

Este tipo de pacientes vivió una infancia donde descubrió que cuando estaba enferma, la familia no le exigía tanto y que incluso le mostraba más afecto y le concedía más atención y cuidados. Al convertirse en adulto, este tipo de personas no acostumbra sentirse a gusto en el trabajo, ni con sus relaciones de amistad ni en su vida conyugal y piensa que no ha tenido suerte en la vida. En un momento dado incluso sin que exista un factor desencadenante importante desarrollan una enfermedad que les impide trabajar y desenvolverse con normalidad y cuyas características coinciden con las de un trastorno somatomorfo.

El pronóstico en estos casos no es bueno porque la enfermedad está muy relacionada con la personalidad. Este grupo correspondería al de los trastornos somatomorfos, los problemas más crónicos y que provoca mayor incapacitación de todos los fenómenos de somatización.

Los trastornos somatomorfos se distinguen porque sus síntomas físicos sugieren una enfermedad médica, aunque no se explican en su totalidad por una enfermedad médica, por un abuso de sustancias, o por cualquier otro trastorno mental.

Los síntomas físicos de los trastornos somatomorfos no se producen intencionadamente como los trastornos facticios y la simulación.

De acuerdo con el DSMIV se reconocen cinco trastornos somatomorfos específicos:

2.9 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

En el siglo XIX, Paul Briquet desarrolló una lista de más de cincuenta síntomas que podían presentar los pacientes somatizadores en algún momento de su enfermedad y proporciono la más perfecta definición de lo que décadas después se conocería como trastorno de somatización que es la forma más grave de somatización y que durante décadas se denominó enfermedad de Briquet. En esta época los psiquiatras más importantes como, Jean Martín Charcot y Pierre Janet, rechazaban que la causa de este trastorno fuera psicológica y consideraban que la enfermedad respondía a una alteración neurológica, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

A finales del siglo XIX, el estudio de los pacientes con histeria permitió a Sigmund Freud establecer los mecanismos de formación de los síntomas de la histeria de conversión en la teoría psicoanalítica. Según las teorías de Freud, tras un suceso traumático, la memoria del evento resulta tan dolorosa que es reprimida y queda sumergida en el inconsciente. Sin embargo, se manifiesta en el nivel consciente en forma de síntomas somáticos.

Inicialmente, Freud pensaba que el trauma precipitante tenía que ser de naturaleza sexual, pero más tarde llegó a la conclusión de que era suficiente un fracaso en la resolución del complejo de Edipo, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

El DSM-IV, (1995) define a estos trastornos como aquellos que se caracterizan por la presencia de muchos síntomas somáticos que no pueden

explicarse por los hallazgos físicos o de laboratorio. Se distinguen por una combinación de síntomas dolorosos, gastrointestinales, sexuales y pseudo neurológicos. El trastorno de somatización se distingue de otros trastornos somatomorfos por la multiplicidad de quejas y los múltiples sistemas orgánicos afectados.

Las formulaciones psicosociales sobre la etiología del trastorno implican la interpretación de los síntomas como un tipo de comunicación social el resultado del cual es evitar obligaciones, expresar emociones o simbolizar un sentimiento o una creencia, (Kellner, 1991). Los pacientes pueden presentar un deterioro característico de la atención y la cognición que provoca una percepción y una evaluación errónea de los estímulos somatosensoriales. Estas alteraciones son distraibilidad excesiva, incapacidad para habituarse a estímulos repetidos, agrupación e procesos cognoscitivos sobre la base de impresiones, asociaciones parciales y circunstanciales, y falta de selectividad.

Una información relevante en el estudio del trastorno de somatización y los trastornos somatomorfos concierne a las citosinas. Las citosinas son moléculas mensajeras que el sistema inmunológico utiliza para comunicarse consigo mismo y con el sistema nervioso, incluido el cerebro. Algunos estudios indican que las citosinas pueden intervenir en síntomas inespecíficos del trastorno, en especial de infecciones, como hipersomnia, anorexia, fatiga y depresión, (Berlin, Payan Corruble, Puech, 2001).

Se estima que la prevalencia de este trastorno en la población oscila entre el 0.1% y el 0.2%. Las mujeres con trastorno de somatización superan a los hombres en una proporción de 5 a 20 veces, a pesar de que las estimaciones más altas pueden ser debidas a la tendencia inicial a infradiagnosticar este trastorno en pacientes masculinos. Esta inversamente relacionado con la posición social y aparece con más frecuencia entre pacientes con poca información y nivel de ingresos bajos.

El trastorno de somatización suele empezar antes de los 30 años, lo más común es que comience en la adolescencia, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

2.10 TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Durante la Edad Media hubo períodos en que la histeria fue considerada una enfermedad natural, producida por el mal funcionamiento del organismo. Sin embargo en otras épocas, sobre todo entre los siglos XIII y XV, fue descrita como una enfermedad sobrenatural provocada por los malos espíritus y por el demonio, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

El trastorno de conversión se define como la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no pueden explicarse por medio de ninguna patología médica o neurológica, (DSM-IV, 1995).

Según la teoría psicoanalítica el trastorno de conversión esta causado por la represión de un conflicto intra psíquico inconsciente y la conversión de la ansiedad en síntomas físicos. Los síntomas permiten la expresión parcial del deseo prohibido, de este modo el paciente no se enfrenta conscientemente a sus impulsos inaceptables (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Algunos síntomas de conversión que no son lo suficientemente importantes como para asegurar el diagnostico se observan en mas de un tercio de la población en algún momento de la vida. En una comunidad se encontró una incidencia anual de 22 por cada 100000.

En poblaciones especificas la incidencia puede ser mas alta haciendo que el trastorno de conversión sea el trastorno somatomorfo mas común en algunas poblaciones. En adultos la proporción mujer-hombre es al menos 2 a 1 y con mucho de 5 a 1, en la infancia se observa una prevaecía todavía mayor entre las niñas.

El trastorno puede iniciarse en cualquier edad desde la infancia hasta la senectud.

Los datos indican que el trastorno es mas común entre poblaciones rurales, personas con poca formación con cociente intelectual bajo y que pertenecen a grupos sociales desfavorecidos, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

2.11 HIPOCONDRIA

En 1682, Thomas Sydenham ofreció la primera descripción moderna de la histeria y de la hipocondría, y sostenía que la histeria era una enfermedad propia de las mujeres, y que la hipocondría era la versión masculina del mismo trastorno. En su opinión ambas enfermedades respondían, básicamente a una inconsistencia mental y corporal, (citado en Ruiz, 1998).

Por su parte, Albert Sims, en 1799, definió la hipocondría según las características que en la actualidad se le atribuyen afirmando que quienes la padecían eran pacientes cuya mente está completamente absorbida por el estado de su salud, que imaginan infinitamente peor de lo que en realidad es, y que se consideran afligidos con cualquier enfermedad que ven, oyen o leen (citado en Ruiz, 1998).

En el DSM-IV, (1995) se define a la hipocondría se define como la preocupación y miedo de una persona a contraer o creer que ha contraído una enfermedad. Es el resultado de la interpretación poco realista e imprecisa de síntomas o sensaciones físicas aunque no puedan encontrarse causas médicas conocidas.

Existe una teoría que menciona que los síntomas de hipocondría se entienden como un intento de adquirir el rol de enfermo por parte de una persona que debe hacer frente a problemas que le parecen insalvables e insoportables, (Ruiz, 1998).

Otra teoría menciona que la hipocondría es una variante de otros trastornos mentales entre los que se incluyen los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, (Ruiz, 1998).

La escuela psicodinámica postula que los deseos agresivos y hostiles hacia los demás son convertidos a través de la represión y el desplazamiento en molestias físicas. La rabia de los pacientes con hipocondría se origina en frustraciones, rechazos y pérdidas pasadas, pero el paciente expresa su rabia en el presente solicitando la ayuda y la atención de otras personas, (Ruiz, 1998).

La hipocondría también se interpreta como una defensa contra la culpa, el sentimiento innato de maldad, y una expresión de autoestima baja.

2.12 TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

De acuerdo con el DSM-IV, (1995) el trastorno dismórfico corporal se define como una preocupación por un defecto corporal imaginario o una distorsión exagerada de un defecto mínimo en la apariencia física.

Este trastorno tiene comorbilidad con trastornos depresivos, e historia familiar de trastornos del ánimo, y obsesivo. Esto se correlaciona con la buena respuesta del trastorno al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina lo que indican que la fisiopatología del trastorno puede depender de la serotonina y estar relacionada con otros trastornos mentales.

Existe una prevalencia del 4 al 16% en la población medica general. Los hombres y las mujeres se ven igualmente afectados. Los síntomas pueden iniciar a cualquier edad, pero lo más habitual es que sea entre los veinte y los treinta años. El nivel social, educativo y estado civil no parecen afectar al diagnóstico.

El trastorno dismórfico ha sido poco estudiado, en parte porque es más probable que los pacientes acudan a dermatólogos, internistas o cirujanos que a psicólogos o psiquiatras, (citado en Kaplan y Sadock, 2001).

Un estudio realizado con un grupo de estudiantes universitarios halló que más del 50% presentaba al menos cierta preocupación por un aspecto particular de su apariencia y que en el 25% de ellos esta preocupación era lo suficientemente intensa como para afectar la vida emocional del sujeto y su funcionamiento cotidiano.

Otro estudio realizado con pacientes atendidos en una clínica de cirugía plástica halló que sólo el 2% de ellos cumplían criterios diagnósticos lo cual indica que pacientes con todos los criterios pueden ser raros, (en Kaplan y Sadock, 2001).

Los datos actuales indican que la edad de inicio más frecuente se sitúa entre los quince y los veinte años y que las mujeres se afectan más que los hombres.

El trastorno dismórfico suele coexistir con otros trastornos mentales, un estudio halló que más del 90% de estos pacientes había sufrido algún episodio depresivo mayor en su vida, el 70% un trastorno de ansiedad y el 30% un trastorno psicótico

2.13 TRASTORNO POR DOLOR

Hay algunos autores que consideran que la clave de la somatización radica en la percepción de dolor que cada individuo posee. El dolor es una experiencia física, psicológica y social, por lo que existen múltiples interacciones que explican por que un individuo se muestra más o menos sensible al dolor que otro, o porque la misma persona, en dos momentos diferentes presenta una sensibilidad al dolor distinta. También interviene un componente cultural en la manifestación del dolor. Así como también dependiendo del estado de ánimo una misma persona puede manifestar el dolor de distinta manera.

El DSM-IV, (1995), define al trastorno por dolor como al presencia de dolor que resulta el foco predominante de la atención clínica. Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el trastorno. Los síntomas de dolor están asociados a estrés emocional y deterioro del funcionamiento.

Los pacientes que sufren dolor sin que exista ninguna causa física que lo justifique pueden estar expresando, de forma simbólica un conflicto intra psíquico a través del cuerpo. En los pacientes que sufren alexitimia, incapaces de interpretar sus estados emocionales internos a través de palabras, expresan estos sentimientos a través del cuerpo. Otros pacientes pueden referirse al dolor emocional de forma inconsciente como debilidad y de algún modo sin legitimidad, (Mendoza, y Pellicer, 2002).

El dolor puede ser un método para conseguir amor, castigo por algo mal hecho y una forma de expiar la culpa y de compensar un sentimiento innato de maldad. Este es posiblemente el síntoma mas frecuente en la práctica medica, (Mendoza y Pellicer, 2002).

El trastorno por dolor se diagnostica dos veces más en las mujeres que en los hombres.

La edad de inicio más frecuente es entre los cuarenta y cincuenta años, quizás por que la tolerancia al dolor disminuye con la edad.

Este trastorno es mas frecuente en personas que realizan trabajos físicos, tal vez porque existe mayor probabilidad de que sufran algún accidente laboral.

Los familiares en primer grado de los pacientes con trastorno por dolor presentan mayor índice de probabilidad de sufrir este trastorno, lo cual apunta la posibilidad de que exista algún factor genético o mecanismo conductual en la transmisión del mismo.

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, y el abuso de sustancias son mas frecuentes en estos pacientes que en resto de la población, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

En resumen los trastornos somatomorfos son aquellos que se distinguen por la presencia de síntomas físicos que sugiere una enfermedad médica aunque no expliquen en su totalidad esta, estos síntomas físicos no se producen intencionadamente; se reconocen cinco trastornos somatomorfos específicos: Trastorno de somatización caracterizado por la presencia de muchos síntomas físicos ; trastorno de conversión caracterizado por quejas neurológicas; hipocondría caracterizado por la creencia o padecimiento de alguna enfermedad; trastorno dismórfico corporal caracterizado por una percepción exagerada de alguna parte del cuerpo defectuosa; trastorno por dolor caracterizado por síntomas dolorosos relacionados por factores psicológicos.

Debido a la dinámica de personalidad en los pacientes con trastornos somatomorfos como lo son la ansiedad, la depresión, malestar psicológico, problemas interpersonales, deseos hostiles y agresivos convertidos y dirigidos hacia si mismos, sentimientos de culpa, baja autoestima, etc. Se ha encontrado una importante relación en la presencia de trastornos somatomorfos con intento o ideación suicida. De ahí que esta investigación esta dirigida al análisis de las características de personalidad asociadas a estos trastornos con este tipo de pacientes.

CAPITULO III

METODOLOGIA

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el suicidio representa un grave problema en la sociedad, se estima que ha llegado a ocupar la octava causa de muerte y las cifras aumentan en la población en general, (González y Jiménez, 2003).

Existen diversos estudios que han tratado de identificar la etiología de este en los cuales se ha encontrado que el suicidio es un fenómeno complejo que involucra varios factores entre los que se encuentran: factores psicológicos, biológicos y sociales asociados, también se toma como el simple resultado de tratar de escapar de una situación difícil, o incluso se ha llegado a especular que existe un factor genético que predispone a la depresión y al suicidio.

Pese a todos los intentos por tratar de definir los factores que pueden intervenir en el individuo para llevar a cabo un intento suicida aun falta mucho por estudiar, dentro de esto puede incluirse la falta de investigación acerca de rasgos de personalidad además de la depresión que puedan estar presentes e involucrados en la psicodinamia del paciente suicida, entre estos podemos incluir el riesgo de suicidio que presentan los pacientes esquizofrénicos, que tienen dependencia a sustancias, en pacientes con trastorno de ansiedad y en pacientes con trastornos somatomorfos (Gustafsson y Jacobsson, 2002). algunos estudios han reportado que en el trastorno de somatización existen citosina que pueden intervenir causalmente en síntomas inespecíficos del trastorno como es la depresión, lo que puede posteriormente ir acompañado de conductas autodestructivas y suicidas, también presentan malestar psicológico, junto con problemas interpersonales, lo que confirma el hecho de que en estos pacientes las patologías mas prevalentes esta relacionada a la ansiedad y la depresión, por lo que las amenazas de suicidio en estos pacientes son frecuentes aunque es raro que las consuma, (Berlín, Payan, Corruble y Puech, 2001).

Con respecto al trastorno de conversión se ha encontrado que esta causado por la represión de un conflicto intra psíquico inconsciente y la conversión de la

ansiedad en síntomas físicos, este conflicto se produce entre un impulsos instintivo y las prohibiciones contra su expresión, este trastorno esta habitualmente asociado con trastornos de personalidad pasivo-agresiva, dependiente, histriónica y también es frecuentemente acompañado con síntomas de un trastorno depresivo o de ansiedad, por lo que los pacientes afectados por este trastorno presentan un riesgo de suicidio importante, (en Kaplan y Sadock, 2001).

Se estima que un 80% de los pacientes con hipocondría presentan un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad, se postula que en estos pacientes los deseos agresivos y hostiles hacia los demás son convertidos a través de la represión y el desplazamiento en molestias físicas, la hipocondría también se interpreta como una defensa contra la culpa, el sentimiento innato de maldad y como una expresión de una autoestima baja, para estos pacientes el dolor se convierte en el castigo merecido por maldades pasadas y por la sensación de que se esta lleno de pecados, (Ruiz, 1998).

En el trastorno dismórfico corporal se ha encontrado una alta comorbilidad con trastornos depresivos y coexistencia de trastornos de ansiedad lo que lleva en estos pacientes a presentar conductas autodestructivas llegando a presentarse intentos suicidas, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

En el trastorno por dolor los actores psicológicos desempeñan un papel importante en el trastorno, los síntomas de esta trastorno están asociados a estrés emocional y deterioro del funcionamiento, se cree que este puede ser una variante de un trastorno depresivo en una forma enmascarada o somatizada, por lo que se ha encontrado una relación importante con la conducta suicida, (García, Salvanes, Alamo, 2002).

De ahí la relevancia de realizar investigación empírica en la que se puedan analizar las características de personalidad asociadas a los trastornos somatomorfos por lo que para este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿En la personalidad de los pacientes con intentos o ideación suicida se encuentran presentes rasgos personalidad característicos de los trastornos somatomorfos?

OBJETIVO GENERAL.

En el presente estudio se busco identificar las características de personalidad de un grupo de sujetos con intento o ideación suicida, así como determinar si se encontraba asociada con las conductas identificadas en los trastornos somatomorfos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Se busco identificar a los sujetos que hayan presentado intento o ideación suicida que fueron incluidos en la muestra.

Identificar de qué forma se llevo a cabo la dinámica del suicidio en estos pacientes.

Analizar la presencia de trastornos somatomorfos en pacientes con intento o ideación suicida.

Determinar y analizo que tipo de trastorno somatomorfo esta presente con mas frecuencia en estos pacientes.

Identificar las características de personalidad de estos pacientes basados en los datos obtenidos en el MMPI-2.

Analizar los datos obtenidos en el MMPI-2 y se determinó si se encontraban rasgos del trastorno de somatización.

Analizar los resultados obtenidos en el MMPI-2 y se determinó si se encontraban presentes en los pacientes rasgos del trastorno de conversión en los pacientes.

Analizar los resultados obtenidos en el MMPI-2 y se determinó si se encontraban presentes rasgos de hipocondría en los pacientes.

Se analizaron de los resultados obtenidos en el MMPI-2 y se determinó si se encontraban presentes rasgos del trastorno dismórfico corporal en los pacientes.

Se analizaron los resultados obtenidos en el MMPI-2 y determinó si se encontraban presentes rasgos del trastorno por dolor en los pacientes.

Comparar los resultados obtenidos en el MMPI-2 con los resultados del cuestionario de exploración de rasgos de trastornos somatomorfos.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Dentro de la dinámica de personalidad del paciente que ha presentado intento suicida o ideaciones suicidas pueden existir rasgos de trastornos somatomorfos. Al ser identificados estos rasgos será posible hacer un análisis sobre el papel que juega la presencia de rasgos de trastornos somatomorfos en la dinámica de personalidad de estos pacientes y si estos pueden llegar a influir de alguna manera en su intento de suicidio o ideación suicida.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

H₁ Es posible encontrar rasgos del trastorno de somatización en los pacientes con intento o ideación suicida.

H₂ Es posible encontrar rasgos del trastorno de conversión en pacientes con intento o ideación suicida.

H₃ Es posible encontrar rasgos de hipocondría en pacientes con intento o ideación suicida.

H₄ En los pacientes con intento o ideación suicida pueden encontrarse presentes rasgos del trastorno dismórfico corporal.

H₅ En los pacientes con intento o ideación suicida pueden encontrarse presentes rasgos del trastorno por dolor.

VARIABLES.

- Características de personalidad
- Intento suicida
- Ideación suicida
- Trastornos somatomorfos
- Trastorno de somatización

- Trastorno de conversión
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno del dolor

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Características de personalidad: La personalidad puede definirse como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles. En el presente estudio las características de personalidad se refieren al perfil obtenido en el MMPI – 2

Intento suicida: Se define intento suicida al hecho de que el paciente haya presentado alguna conducta con toda la intención de quitarse la vida pudiendo ser: ingestión de medicamentos, arrojarse de algún lugar, herirse con objetos punzo cortantes, ahorcarse, golpearse, buscar ocasionarse algún accidente, etc.

Ideación suicida: Se refiere al hecho de que el paciente tenga ideas estructuradas o bien semiestructuradas sobre quitarse la vida y el plan de cómo hacerlo.

Trastornos somatomorfos: Se definen como aquellos trastornos en los que existe la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los defectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Trastorno de somatización: Trastorno caracterizado por la presencia de muchos síntomas somáticos que no pueden explicarse por los hallazgos físicos o de laboratorio, se distingue por una combinación de síntomas dolorosos, gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos.

Trastorno de conversión: Se define como la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no pueden explicarse por medio de ninguna patología médica o neurológica, los síntomas más habituales en el trastorno de conversión son parálisis, ceguera y mutismo.

Hipocondría: Se define como la preocupación y miedo de una persona a contraer, o creer que ha contraído una enfermedad seria.

Trastorno dismórfico corporal: Este trastorno se define como la preocupación por un defecto corporal imaginario o una distorsión exagerada de un defecto mínimo en la apariencia.

Trastorno por dolor: El trastorno por dolor se define como la presencia de dolor que resulta el foco predominante de la atención clínica. Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el trastorno, los pacientes pueden presentar dolores lumbares, cefalea, dolores faciales atípicos, dolores pélvicos crónicos y otros tipos de dolores. El dolor puede ser postraumático, neuropático, neurológico, intrínseco o musculoesquelético, no obstante para cumplir los criterios diagnósticos debe existir algún factor psicológico implicado.

METODO

Muestra

En el presente proyecto de investigación se realizó un muestreo no probabilístico por cuota intencionado ya que los sujetos fueron seleccionados intencionadamente de acuerdo a las características del proyecto de investigación (Hernández, Fernández, y Baptista 2003). Los cuales son 15 sujetos adultos internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría que hayan presentado intento suicida, o ideación suicida.

Sujetos

Se tomó a 15 sujetos ya fueran hombres o mujeres internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría que dentro de su historia clínica se encuentra presente algún intento suicida o bien ideación suicida.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se trato de un estudio no experimental ya que en este no hubo manipulación de las variables (Hernández y cols.,2003), si no se hizo un análisis del perfil de personalidad de los sujetos elegidos en la muestra que hallan presentado intento suicida o ideación suicida.

También se trato de un estudio descriptivo ya que se busco especificar las características y perfiles importantes de las personas que vamos a estudiar seleccionando una serie de cuestiones y recolectando información sobre estas, (Hernández y cols.,2003).

En esta investigación el análisis se hizo sobre el perfil de personalidad obtenido en el IMMP-2 de los pacientes de la muestra los cuales son adultos internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue un diseño no experimental ya que en el presente estudio no hubo manipulación de las variables (Hernández y cols.,2003), lo que se hizo fue un análisis de la personalidad de los pacientes que cubrieran las características necesarias en la muestra que en este caso fueron pacientes con intento suicida o bien que hayan presentado el intento suicida

INSTRUMENTOS

Se utilizo el **INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINESOTA (MMPI-2)**: Consiste en un instrumento para evaluación de personalidad que consta 567 reactivos y las siguientes escalas:

7 escalas de validez:

L mentiras: la tendencia a presentar una visión demasiado favorable de la propia personalidad y problemas

F respuestas atípicas: mide la tendencia a la exageración de los problemas o bien fingimiento de alguna enfermedad o sintomatología.

K corrección: es una medida de defensividad ante la prueba.

Fp posterior: es una medida de la exageración de los síntomas en la parte final de la prueba, dado que la escala F se evalúa con los primeros 370 reactivos.

INVAR (Escala de inconsistencia de las respuestas variables): es una medida de respuestas aleatorias, se compone de 67 pares de reactivos para los que una o dos entre cuatro combinaciones posibles representan respuestas inconsistentes.

INVER (Escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas):: se desarrollo para estimar la tendencia a responder de manera inconsistente a reactivos que para mostrar consistencia deberían confirmarse de manera particular.

10 escalas clínicas:

Hs Hipocondriasis: se desarrollo como un medio para proporcionar una evaluación de la tendencia a presentar problemas somáticos

D Depresión: Se desarrollo como un medio para evaluar el estado depresivo.

Hi Histeria: Esta escala refleja la tendencia a presentar síntomas físicos vagos, indefinidos en ausencia de datos médicos, los cuales se reflejan como una incapacidad para manejar en forma efectiva los factores estresantes en la vida.

Dp Desviación psicopática: Mide características de conducta antisocial, incluyendo acciones hacia figuras de autoridad, relaciones familiares tormentosas y conducta de actino out, sin considerar las consecuencias de sus actos.

Mf masculinidad feminidad: Se asocia con la evaluación del rol de género.

Pa paranoia: Refleja suspicacia y desconfianza, junto con características de personalidad de hipersensibilidad interpersonal.

Pt psicastenia: Es una medida de la ansiedad y de la desadaptación general.

Es esquizofrenia: Mide la tendencia a presentar un enfoque hacia la vida abstraído, y desorganizado.

Ma Manía: Evalúa el estado de ánimo patológicamente elevado, un patrón de conducta desordenada, que incluye conducta hiperactiva, dispersa y habla acelerada.

Si introversión Extroversión: Se desarrollo para evaluar las características de personalidad de introversión-extraversión.

15 ESCALAS DE CONTENIDO: Estas escalas buscan una interpretación basada en suposiciones diferentes a la interpretación tradicional de las elevaciones, proporcionando información mas específica de la personalidad y problemática del paciente. Estas escalas se crearon bajo el supuesto de que el contenido de las respuestas del paciente a los reactivos pueden proporcionar claves importantes de la personalidad si se tiene un medio para medir.

ANS (ANX) Ansiedad: Se componte de reactivos que se centran en sentimientos de tensión y ansiedad.

MIE (FRS) Miedos: Contiene reactivos que se centran en temores específicos.

OBS (OBS) Obsesividad: Contiene reactivos que tratan la indecisión y la preocupación por pensamientos obsesivos.

DEP (DEP) Depresión: Conformar reactivos con un contenido que refleja estado de ánimo depresivo e ideación suicida.

SAL (HEA) Preocupación por la salud: Contiene reactivos que se refieren a dolencias somáticas y preocupaciones por la salud.

DEL (BIZ) Pensamiento delirante: El contenido de esta escala implica síntomas psicóticos extremos.

ENJ (ANG) Enojo: Contiene reactivos que reflejan problemas en el control del enojo.

CIN (CYN) Cinismo. Esta escala implica creencias y actitudes cínicas hacia otras personas.

PAS (ASP) Practicas antisociales: Esta escala representa actitudes o conductas abiertamente antisociales.

PTA (TPA) Personalidad tipo A: Esta escala la forman reactivos que evalúan el patrón conductual que incluye hostilidad, conducta enérgica y orientación compulsiva hacia tareas programadas.

BAE (LSE) Baja autoestima: Esta escala compone reactivos que reflejan perspectivas negativas acerca de uno mismo y fuertes sentimientos de ineptitud.

ISO (SOD) Incomodidad social: Evalúa características de personalidad relacionadas con la experiencia de incomodidad y angustia social.

FAM (FAM) Problemas familiares: Los reactivos de esta escala se enfocan en problemas familiares y de relación.

DTR (WRK) Dificultad en el trabajo: Esta escala refleja actitudes negativas hacia la capacidad de trabajar de manera efectiva.

RTR (TRT) Rechazo al tratamiento: Esta escala se enfoca en los puntos de vista negativos hacia la capacidad para cambiar la propia conducta y en las actitudes hacia el tratamiento de salud mental.

12 ESCALAS SUPLEMENTARIAS: Estas escalas cubren una gama de problemas y conductas sintomáticas y, por tanto se presta a la evaluación de problemas clínicos que no se atendieron en el desarrollo original de la escala

A Ansiedad: Esta escala refleja sentimientos de tensión y ansiedad.

R Represión

Fyo(Es) Fuerza del yo

MAC-A (MAC-R) Alcoholismo de MAC-ANDREW: Evalúan el potencial de abuso de sustancias.

Hr (O-H) Hostilidad reprimida: Mide la capacidad de un individuo para relacionarse con otros

Do Dominancia

Rs (Re) Responsabilidad social

Dpr (Mt) desajuste profesional

GM Género Masculino

GF Género Femenino

EPK y EPS (PK y PS) Escalas de desorden de estrés Post-Traumático: Miden angustia psicológica.

Cuestionario de exploración de rasgos de trastornos somatomorfos.

Un cuestionario que consta de aproximadamente 30 reactivos. Fue hecho tomando en cuenta los criterios para el diagnóstico de trastornos somatomorfos de acuerdo al DSM-IV. Se obtuvieron el siguiente número de reactivos de acuerdo a los siguientes trastornos: Trastorno de Somatización (5 reactivos), Hipocondría (4 reactivos), Trastorno de Conversión (5 reactivos), Trastorno Dismorfo Corporal (4 reactivos) y Trastorno de Dolor (1 reactivo).

Entrevista estructurada.

Una entrevista que se realizó a todos los pacientes de la muestra por igual explorando aspectos generales de su vida personal y relacionada con el intento suicida o ideación suicida.

PROCEDIMIENTO

- Se realizó una entrevista a los pacientes que participaron en el estudio.
- Las entrevistas se llevaron a cabo en un tiempo aproximado de 7 días tomando en cuenta que se podía entrevistar a dos pacientes por día.
- En una sesión posterior se les explicó que se les aplicaría el MMPI-2 y se llevó a cabo la primera aplicación.
- En una segunda sesión se concluyó con la aplicación del MMPI-2
- La aplicación del MMPI-2 se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 15 días tomando en cuenta que para cada paciente fueron necesarias dos sesiones y que en cada día se aplicaría una parte del test a dos pacientes.
- Se apoyó a los pacientes a responder el test aplicándolo en forma oral y siendo llenado por la aplicadora.
- La hoja de respuestas incluyó los datos sociodemográficos, respetando el anonimato de los sujetos si ellos así lo desean.

- Selección de la muestra.
- Una vez seleccionada y localizada la muestra, la aplicadora informo a los médicos encargados de los pacientes seleccionados el objetivo de la entrevista y la aplicación del test.
- Una vez concluidas las aplicaciones se procedió con la calificación de los test.
- Se tomo en cuenta principalmente las escalas relacionadas con trastornos somatomorfos y suicidio.
- Después de haber obtenido el perfil se realizo la interpretación correspondiente a cada uno.
- Se hizo un análisis para ubicar a los sujetos que presentan algún rasgo de trastornos somatomorfos.
- Una vez obtenido el perfil y la interpretación se hizo un análisis de estos junto con la entrevista realizada.

ANÁLISIS DE DATOS

Para esta investigación se llevo a cabo un análisis estadístico de los datos a través del paquete para Ciencias Sociales SPSS versión 8.5 de la siguiente manera:

Se utilizo una estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes de las variables edad, escolaridad, estado civil, y de los reactivos del Cuestionario de exploración de rasgos de trastornos somatomorfos y de la Entrevista estructurada

Se obtuvo medidas de tendencia central como el puntaje de la media y desviación estándar de las 43 escalas (de validez, clínicas, de contenido y suplementarias) del MMPI-2 con el fin de obtener un perfil de personalidad de la muestra.

Se utilizo estadística paramétrica, por medio de la prueba estadística (r) de Pearson para identificar la correlación entre las escalas del MMPI-2 (De Validez, Clínicas, de Contenido y Suplementarias).

Asimismo se realizo el análisis cualitativo de los perfiles para determinar los

índices de patología del grupo. Kazdin, (2001) define este tipo de análisis como aquellos diseñados para describir, interpretar y comprender la experiencia humana y elaborar el significado que esta experiencia tiene para los participantes. Una de las principales características de este tipo de análisis es que es una descripción detallada sin referencia a medidas específicas, categorías o determinada escala con base en un constructo, (Hernández y cols.,2003).

Este análisis cualitativo se considera importante para mejorar la comprensión e interpretación de los datos, ya que como menciona Kazdin, (2001) la investigación cualitativa puede contribuir a la Psicología para enriquecer la evaluación e interpretación de la información obtenida.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo planteado en esta investigación fue analizar la personalidad de pacientes suicidas para determinar si existe alguna relación con los trastornos somatomorfos.

Para el desarrollo de este se utilizó estadística descriptiva en la cual se incluyeron las frecuencias y porcentajes de las variables edad, escolaridad, estado civil y sexo, así como también la de los reactivos del cuestionario de exploración de rasgos de trastornos somatomorfos.

Dentro del análisis cuantitativo se obtuvieron las medidas de tendencia central como el puntaje de la media y desviación estándar de las 43 escalas (validez, clínicas, de contenido y suplementarias) del MMPI-2 con el fin de obtener el perfil de personalidad de la muestra.

Se utilizó estadística paramétrica, por medio de la prueba estadística (r) de Pearson para identificar la correlación entre las escalas del MMPI-2 (De Validez, Clínicas, de Contenido y Suplementarias).

Asimismo se realizó el análisis cualitativo de los perfiles para determinar los índices de patología del grupo. Además del análisis de la entrevista hecha a los pacientes.

4.1 Descripción de la muestra

Como parte del análisis cuantitativo para describir las características específicas de los sujetos de la muestra se obtuvo mediante estadística descriptiva medidas de la distribución de frecuencias y porcentajes para observar la distribución de la muestra en las siguientes variables:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil

- Diagnostico

Sexo

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 15 sujetos internos en el Instituto Nacional de Psiquiatría que hubieran presentado intento o ideaciones de suicidio, los cuales 8 fueron mujeres y 7 fueron hombres, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Variable Sexo

SEXO	F	%
Masculino	7	46.67
Femenino	8	53.33
Total	15	100

Edad

Como se observa en la tabla 2 en las mujeres el mayor porcentaje de edad estuvo conformado en el intervalo de 20-29 años, siguiendo por el intervalo de 50-59 años, mientras que en los hombres el mayor porcentaje se encontró en el intervalo de 20-29 años, siguiendo por los intervalos de 30-39, 50-59, 70-79, habiendo un sujeto en cada uno de estos.

Tabla 2. Variable Edad

Edad	MUJERES		HOMBRES	
	F	%	F	%
20-29	5	62.5	4	57.14
30-39	-	-	1	14.28
40-49	-	-	-	-
50-59	3	37.5	1	14.28
60-69	-	-	-	-
70-79	-	-	1	14.28
Total	8	100	7	100

Escolaridad

En la tabla 3 se observa que el 12.5% de las mujeres tiene la primaria completa, el 12.5% secundaria completa, el 25% bachillerato completo, el 25% bachillerato incompleto y el 25% licenciatura completa; mientras que en los hombres el mayor porcentaje tiene el bachillerato incompleto siendo este del 42.85%, seguida del bachillerato completo, licenciatura completa, licenciatura incompleta y postgrado habiendo un porcentaje de 14.28% en cada uno de estos.

Tabla 3. Variable Escolaridad

Escolaridad	MUJERES		HOMBRES	
	F	%	F	%
Primaria completa	1	12.5	-	-
Secundaria completa	1	12.5	-	-
Bachillerato completo	2	25	1	14.28
Bachillerato incompleto	2	25	3	42.85
Licenciatura completa	2	25	1	14.28
Licenciatura incompleta	-	-	1	14.28
Postgrado completo	-	-	1	14.28
Total	8	100	7	100

Estado civil

Con respecto al estado civil de los pacientes que integraron la muestra, en las mujeres el mayor porcentaje son casadas conformando un 50%, en los hombres se encontró que el mayor porcentaje son solteros siendo este del 71.42%. Por otro lado el 25% de las mujeres son solteras y el otro 25% divorciadas. Mientras que en los hombres el 14.28% vive en unión libre y el 14.28% restante es divorciado.

Tabla 4. Variable Estado civil

Estado civil	MUJERES		HOMBRES	
	F	%	F	%
Soltero	2	25	5	71.42
Casado	4	50	-	-
Unión libre	-	-	1	14.28
Divorciado	2	25	1	14.28
Separado	-	-	-	-
Viudo	-	-	-	-
Total	8	100	7	100

Diagnostico

Se considero el diagnostico que tienen los pacientes de la muestra la tabla 5 muestra que tanto en hombres como en mujeres el trastorno mas común fue depresión, ocupando en las mujeres un porcentaje del 50% en los hombres igualmente un 57.14%, seguido de este en las mujeres se encontró que un 25% de ellas presentaban mas de un trastorno, presentando una de estas pacientes depresión + trastorno limite de la personalidad + bulimia y la otra paciente depresión + síndrome de estrés postraumático, el 12.5% de las mujeres esta diagnosticada con trastorno bipolar y 12.5% con trastorno obsesivo compulsivo. En los hombres el 14.85% presenta trastorno bipolar, el 14.85% esquizofrenia y 14.85% síndrome de estrés postraumático.

Tabla 5. Variable Diagnostico de los pacientes

Diagnostico	MUJERES		HOMBRES	
	F	%	F	%
Depresión	4	50	4	57.14
Trastorno Bipolar	1	12.5	1	14.28
Esquizofrenia	-	-	1	14.28
Trastorno limite	-	-	-	-
Trastorno de la alimentación	-	-	-	-
Trastorno obsesivo compulsivo	1	12.5	-	-
Síndrome de estrés postraumático	-	-	1	14.28
Mas de uno	2	25	-	-
Total	8	100	7	100

4.2 CUESTIONARIO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado para explorar la presencia de rasgos de trastornos somatomorfos, este cuestionario fue realizado tomando en cuenta los principales rasgos que caracterizan a los trastornos somatomorfos incluidos en el presente estudio de acuerdo al Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales.

Se presentan los cinco trastornos explorados con los cuadros respectivos de las características principales de cada trastorno.

TRASTORNO DE SOMATIZACION

De acuerdo al DSM-IV para explorar rasgos de trastorno de somatización se tomo en cuenta la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo, padecimiento de algún problema gastrointestinal, aspectos referentes a indiferencia sexual, en las mujeres alteraciones en el ciclo menstrual y en los hombres presencia de disfunción eréctil o eyaculatoria, lo cual se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Reactivos correspondientes al Trastorno de Somatización

Reactivo	SI		NO		No Contesto	
	F	%	F	%	F	%
Presenta dolor en alguna parte del cuerpo	13	86.6	2	13.3	-	-
Sufre de algún problema gastrointestinal	12	80.0	3	20.0	-	-
Presenta indiferencia sexual	8	53.3	7	46.6	-	-
Presenta alguna alteración en el ciclo menstrual	7	46.6	1	6.6	7	46.6
Tiene disfunción eréctil y eyaculatoria	4	26.6	3	20.0	8	53.3

Se exploró la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo en los sujetos, incluyendo principalmente dolor de cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades y tórax, en la muestra hubo una frecuencia de 13 casos que corresponde a un porcentaje del 86.6% que presentaron dolor en alguna parte del cuerpo siendo principalmente dolor de cabeza, seguido de dolor en extremidades, abdomen, espalda y tórax.

Respecto a los problemas gastrointestinales se exploraron síntomas como dolor, vómitos, náuseas, diarrea e intolerancia a ciertos alimentos se puede ver que la mayoría de los pacientes presento algún problema gastrointestinal siendo el 80% de los pacientes que identifican este síntoma.

Se indago acerca del apetito sexual que presentaban los pacientes, se observa que hay una presencia significativa de indiferencia sexual en estos siendo el 53.3% los que la presentan.

Referente a las alteraciones menstruales se puede ver una un porcentaje significativamente elevado siendo del 46.6% respecto a la presencia de alguna alteración menstrual en las mujeres.

Se puede observar que una ligera mayoría de los hombres siendo un porcentaje del 26.6% presenta disfunción eréctil y/o eyaculatoria.

TRASTORNO DE CONVERISON

De acuerdo al DSM-IV, (1995) para el trastorno de conversión se exploraron síntomas como problemas en la coordinación, presencia de convulsiones, parálisis o debilidad muscular, perdida de equilibrio y amnesia, lo cual se muestra en la tabla 7.

Tabla 5.7 Reactivos correspondientes al Trastorno de Conversión

Reactivo	SI		NO		No Contesto	
	F	%	F	%	F	%
Tiene problemas en la coordinación	10	66.6	5	33.3	-	-
Sufre de convulsiones	2	13.3	13	86.6	-	-
Tiene problemas en el equilibrio	8	53.3	7	46.6	-	-
Siente parálisis o debilidad muscular	7	46.6	8	53.3	-	-
Sufre de amnesia	8	53.3	7	46.6	-	-

De acuerdo a los reactivos relacionados con el trastorno de Conversión se encontró que los pacientes entrevistados si tenían algún problema en la coordinación al realizar diversas actividades, un porcentaje muy significativo de los pacientes siendo este del 66% tienen problemas en la coordinación.

Con respecto a la presencia de convulsiones no se observa puntajes elevados tanto en los hombres como en las mujeres ya que solo el 13.3% de los pacientes entrevistados presentaron convulsiones contra el 86.6% de los pacientes que no las presentaron.

Se cuestiono acerca de problemas en el equilibrio al caminar o mantenerse de pie. Se puede observar que la mayoría de los pacientes presentaron problemas en el equilibrio con un porcentaje del 53.33%.

Respecto a la presencia de parálisis o debilidad muscular en alguna parte del cuerpo. Se puede ver que una ligera mayoría de los pacientes con una frecuencia de 8 no presento parálisis o debilidad muscular presentándola principalmente en las manos siguiendo de las piernas.

Se indago acerca de la presencia de perdida de memoria ya fuera a largo o corto plazo, el 53.33% de los pacientes sufre de amnesia siendo en su mayoría a corto plazo.

HIPOCONDRIA

Para explorar rasgos hipocondríacos en los pacientes se cuestiono acerca de la presencia de los principales síntomas de esta de acuerdo al DSM-IV los cuales fueron: preocupación por padecer alguna enfermedad, necesidad persistente de visitar al medico, y presencia de otros síntomas físicos que se consideraran que intervenían en su vida cotidiana o que a su criterio creyeran que se encontraban presentes mas de lo normal en comparación a otras personas como cansancio crónico, perdida de apetito y sudoración, lo cual se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Reactivos correspondientes a Hipocondria

Reactivo	SI		NO		No Contesto	
	F	%	F	%	F	%
Tiene preocupaciones, miedos o creencias de padecer alguna enfermedad	8	53.3	7	46.6	-	-
Con frecuencia tiene necesidad de hacerse chequeos médicos	6	40.0	9	60.0	-	-
Sufre de cansancio crónico	10	66.6	5	33.3	-	-
Tiene pérdida de apetito	8	53.3	7	46.6	-	-

Se cuestiono acerca de la preocupación, miedo o creencia que tenían los pacientes de tener o contraer alguna enfermedad, como se observa el 53.3% los pacientes tienen alguna preocupación, miedo o creencia de poder padecer alguna enfermedad, en la mayoría de los casos son acerca de enfermedades crónicas.

Se indago acerca de la necesidad que sentían los pacientes de realizarse chequeos médicos para corroborar su estado de salud, los resultados mostrados indican que el 60% de los pacientes no tuvieron una necesidad persistente de estarse realizando chequeos médicos.

Se pregunto a los pacientes entrevistados si presentaban cansancio crónico el cual llegara a imposibilitarlos en ocasiones a realizar sus actividades cotidianas. Como se muestra en la tabla 8 el 66% de los pacientes sufría de cansancio crónico.

Se cuestiono a los pacientes acerca de la perdida de apetito que han presentado desde el momento en que inicio su conflicto hasta la actualidad se puede observar en la tabla 8 que el 53.3% de los pacientes si tuvo perdida de apetito.

TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

Con respecto al trastorno dismorfico corporal se exploraron principalmente aspectos relacionados con en la apariencia física, como la preocupación de tener algún defecto físico en áreas como cabeza, cara, cualquier parte del cuerpo o bien presentar defectos como hinchazones, manchas, desproporciones, vello excesivo; preocupación por la forma o tamaño de cualquier parte del cuerpo, comportamientos excesivos referentes a la comprobación de defectos físicos, de limpieza, de observarse en el espejo o conductas para tratar de ocultar algún defecto físico. En la tabla 9 se reportan algunos de los principales reactivos.

Tabla 9. Reactivos correspondientes al Trastorno Disomorfico Corporal

Reactivo	SI		NO		No Contesto	
	F	%	F	%	F	%
Le preocupa demasiado tener algún defecto físico	5	33.3	10	66.6	-	-
Piensa que tiene alguna deformidad física en el rostro	3	20.0	12	80.0	-	-
Piensa que tiene mas cicatrices que la demás gente	5	33.3	10	66.6	-	-
Presenta hinchazones en alguna parte de su cuerpo muy notadas	7	46.6	8	53.3	-	-

Se pregunto a los pacientes si les preocupaba demasiado tener algún defecto físico, puede ver que solo el 33.3% de los pacientes que integra la muestra respondieron que si.

Con respecto a la presencia de alguna deformidad física en el rostro se puede observar que el 20% de los pacientes entrevistados tienen la creencia de tener alguna deformidad física en el rostro.

Se cuestiono acerca de la preocupación de tener más cicatrices que las demás personas. Como se muestra el 66.6% de los pacientes no piensan tener mas cicatrices que las demás personas.

Con respecto a la percepción de tener hinchazones en alguna parte del cuerpo. se observa que el 46.6% de los pacientes perciben tener hinchazones muy notables en alguna parte de su cuerpo.

TRASTORNO POR DOLOR

Para el trastorno por dolor solo se cuestiono acerca de la presencia de dolor significativo en cualquier parte del cuerpo que llegara a interferir en la vida de los pacientes, ya que este es el principal rasgo de este trastorno. En la tabla 10 se reportan los resultados.

Tabla 10. Reactivo correspondiente al trastorno por dolor

Reactivo	SI		NO		No Contesto	
	F	%	F	%	F	%
Presenta dolores que lleguen a interferir en su vida	10	66.6	5	33.3	-	-

Se indago acerca de la presencia de dolores en cualquier parte del cuerpo que llegaran a interferir en la vida personal de los pacientes como se puede ver el 66.6% de los pacientes presento algún dolor que interfiriera en su vida, siendo principalmente dolor de cabeza, seguido por dolor de abdomen y de extremidades.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario mostrados en las tablas anteriores se observa que existe presencia significativa de rasgos de somatización habiendo manifestándose principalmente con dolores de cabeza, no siendo muy significativas otra clase de dolor como en el abdomen, espalda y tórax. En las mujeres también existe alteración en el ciclo menstrual manifestándose principalmente como amenorreas. Tanto en hombres como en mujeres fueron frecuentes los problemas gastrointestinales siendo estos en su mayoría nauseas, falta de apetito, vomito, estreñimiento, diarrea; en una paciente se registro una importante manifestación de percepción de mal sabor y olor de boca, que incluso la llevo al intento del suicidio, en la mayoría de los pacientes se registro indiferencia sexual, problemas de eyaculación y/o erección y dolor al coito.

Se encuentran presentes síntomas pseudo neurológicos como alteraciones en la coordinación psicomotora, alteraciones en el equilibrio, debilidad muscular, alucinaciones y amnesias.

En lo que se refiere a rasgos del trastorno de conversión se encontró presencia, importante de problemas de coordinación, de equilibrio, debilidad muscular, en lo que se refiere a los rasgos de personalidad se observo personalidades pasivo-agresivas, dependientes e histriónicas características de este trastorno.

Con respecto a los rasgos de hipocondriazas la manifestación encontrada fue la preocupación por presentar alguna enfermedad grave, y en algunos pacientes la necesidad de hacerse chequeos médicos constantemente.

En el trastorno dismorfo corporal no se encontraron rasgos significativos hubo presencia de preocupaciones por defectos físicos pero estas preocupaciones están mas ligadas a la baja autoestima de los pacientes. Solo en uno de los pacientes había preocupación importante por defectos en el rostro.

En lo referente al trastorno por dolor no se encontraron resultados significativos que indiquen presencia de rasgos de este trastorno en los pacientes, hay manifestación muy significativa de dolores de cabeza que en algunos pacientes si llegan a interferir en su vida diaria, sin embargo estos se encuentran más relacionados con somatización, preocupaciones y ansiedad en los pacientes.

4.3 INTERCORRELACION (r) DE PEARSON PARA LAS ESCALAS DEL MMPI- 2 (VALIDEZ, CLINICAS, DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS)

Se llevo a cabo un análisis de los datos mediante la prueba estadística (r) de Pearson, con el objetivo de obtener la ínter correlación entre cada una de las escalas del MMPI-2. Con esta prueba se calcula la correlación entre variables, así como el también indica el numero de valores con que calcula el coeficiente, y el significativo de este. La correlación es una medida de asociación entre variables, muestra la relación que existe entre los valores de una con respecto a los de la otra u otras.

El propósito de obtener ínter correlaciones fue analizar el grado con el que la conducta evaluada por una escala se asocia con el comportamiento detectado por otra de las escalas de un grupo (Validez, Clínicas, Contenido y Suplementarias) del Inventario Multifásico de la Personalidad.

En la siguiente tabla se describen los resultados del análisis obtenido de las escalas clínicas con las escalas de validez del MMPI-2.

Tabla 11. Correlación entre escalas clínicas y de validez

	L	F	K	VAR	VER	FP
Hipocondriasis (Hs)			.470*	-.500*		
Depresión (D)		.822***	-.526*			.638***
Histeria (HI)			.426*			
Desviación psicopática (Dp)	-.550**					
Masculino – Femenino (Mf)		.440*				
Paranoia (Pa)		.705***	-.420*		.450*	.762***
Psicastenia (Pt)		.825	-.452			.818
Esquizofrenia (Es)		.402*			.497*	.440*
Hipomanía (Ma)		.813***	-.768***			.827***

* Correlación significativa al nivel de 0.05

** Correlación significativa al nivel de 0.01

*** Correlación significativa al nivel de 0.001

En la tabla 11 se pueden apreciar las correlaciones entre las escalas clínicas y de validez, en las cuales se obtuvo un nivel de significancia principalmente de 0.001, seguido de una significancia de 0.05 y por ultimo de 0.01, encontrando valores de correlación que van de .402 a .827.

En primer lugar la escala de Hipocondriasis (Hs), presenta correlación positiva con la escala (K), y una correlación negativa con la escala (VAR).

La escala de Depresión (D), muestra una correlación muy significativa con la escala (F) y la escala (FP), por otro lado muestra una correlación negativa con la escala (K).

La escala de Histeria solo muestra una con la escala (K).

La escala de Desviación Psicopática Muestra una correlación Negativa con la escala (L).

Por otra parte la escala de Masculino-Femenino (Mf), mantiene correlación positiva con la escala (F).

Así mismo la escala de Paranoia (Pa), presenta correlación positiva con as escalas con un alto nivel de significancia, siendo este mayor a .70 con las escalas (F) y (Fp), una correlación menos significativa con la escala con la escala (VER) y una correlación negativa con la escala (K).

La escala de Psicastenia (Pt), también muestra una escala muy significativa con valores superiores a .80 en las escalas (F) y (Fp), y una correlación negativa con la escala (K).

La escala de Esquizofrenia (Es) se correlación positivamente con las escalas (F), (Fp) y (VER).

Por otra parte la escala de Hipomanía (Ma) muestra una alta correlación con valores superiores a .80, con las escalas (F) y (Fp), y una correlación negativa con la escala (K).

Tabla 12. Correlación escalas clínicas con escalas suplementarias

	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma
A		.536**		.490*	.321*	.836***	.826***	.395*	.767***
R	.417*		.316*					-.472*	
Fyo		-.818***		-.483*		-.842***	-.776***	-.337*	-.702***
A-Mac								.759***	
Hr							-.325*		-.426*
Do		-.456*		-.303*	-.300*	-.792***	-.809***	-.430*	-.754***
Rs				-.404*		-.342*	-.362*	-.649**	
Dpr		.836***		.482*		.810***	.784***	.348*	.852***
GM			.473*			-.352*			-.475*
GF	-.373*		-.536**	-.493*			-.430*	-.654**	
EPK		.755***		.592**		.850***	.820***	.403*	.761***
EPS		.653**		.490*	.323*	.842***	.853***	.362*	.829***

* Correlación significativa al nivel de 0.05

** Correlación significativa al nivel de 0.01

*** Correlación significativa al nivel de 0.001

En la tabla 12 se pueden observar las correlaciones existentes entre las escalas clínicas y las escalas suplementarias, se obtuvo un nivel de significancia de .001 principalmente, seguido por un nivel de significancia de .05, y por último un nivel de significancia de .01, encontrando valores de correlación que van desde .300 a .853.

En primer lugar encontramos que la escala de Hipocondriasis (Hs), tiene correlación negativa con las escalas de Represión (R) y Género Femenino (GF). La escala de Depresión (D), muestra correlaciones positivas, de mayor a menor puntaje con las escalas de Desajuste Profesional (DPR), Estrés Postraumático de Keane, Estrés Postraumático de Schlenger (EPS) y Ansiedad (A), por otra parte hay correlación negativa con las escalas de Fuerza del yo (FYO) y Dominancia (DO).

A su vez la escala de Histeria (H), presenta correlación positiva con la escala de Género Masculino (GM) y Represión (R), y correlación muestra una correlación negativa con la escala de Género Femenino (GF).

Por su parte en la escala de Desviación Psicopática (Dp) se observa una correlación positiva en las escalas de Estrés Postraumático de Keane (EPK), Estrés Postraumático de Schlenger (EPS), Ansiedad (A) y Desajuste Profesional (Dpr), a su vez presenta correlación negativa con las escalas de Género Femenino (GF), Fuerza del yo (Fyo), Responsabilidad social (RS) y Dominancia (D).

La escala de Paranoia (Pa) positiva con las escalas de Ansiedad (A) y Estrés Postraumático de Keane (EPK), y una correlación negativa con la escala de Dominancia (D).

Por lo que se refiere a la escala de Psicastenia (Pt), se presenta correlación de mayor a menor, con la escala de Estrés Postraumático de Keane (EPK), Estrés Postraumático de Schlenger (EPS), Ansiedad (A), Desajuste Profesional (Dp), destacando en estas su alto nivel de significancia superior a .70, se observa una correlación negativa con las escalas de Fuerza del yo (Fyo), Dominancia (D), Género Masculino (GM) y Responsabilidad Social (RS).

La escala de Esquizofrenia (Es) mantiene correlación con las escalas de Estrés Postraumático de Schlenger (EPS), Estrés Postraumático de Keane (EPK),

y Ansiedad (A), observando en estas un alto nivel de correlación superior a .70, también muestra correlación con la escala de Desajuste Profesional (Dp), y muestra correlación negativa con las escalas de Dominancia (D), Fuerza del yo (Fyo), Genero Femenino (GF), Responsabilidad Social (RS) y Hostilidad Reprimida (HR).

Por su parte en la escala de hipomanía (Ma), se observa un correlación positiva con las escalas de Alcoholismo de Mac Andrew (A-Mac), observándose en esta una correlación alta con un valor superior a .70, también muestra correlación con las escalas de Estrés Postraumático de Keane (EPK), Ansiedad (A), Estrés Postraumático de Shlenger (EPS) y Desajuste Profesional (Dp), a su vez presenta correlación negativa con las escalas de Genero Femenino (GF), Responsabilidad Social (Rs), Represión (R), Dominancia (D) y Fuerza del yo (Fyo).

Por ultimo la escala de de Introversión Social (Is) presenta correlación positiva con las escalas de Desajuste Profesional (Dp), Estrés Postraumático de Shlenger (EPS), Ansiedad (A), y Estrés Postraumático de Keane (EPK) resaltando en estas su alto nivel de significancia superior a .70, por otra parte muestra una correlación negativa con las escalas de Dominancia (D), Fuerza del yo (Fyo), Genero Masculino (GM) y Hostilidad Reprimida (HR).

Tabla 13. Correlación escalas clínicas con las escalas de contenido

	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
ANS		.867***					.826***	.805***	.439*	.791***
MIE		.439*								.563**
OBS		.440*					.707***	.657**		.685**
DEP		.546**		.526**			.748***	.766***		.728***
SAL	.662**	.527**	.445*					.413*		.432*
DEL							.711***	.763***		.776***
CIN									.512**	.451*
PAS									.507**	
PTA		.427*						.528**	.516**	.640**
BAE		.443*			-.435*		.708***	.759***	.450*	.766***
ISO		.552**			-.566**			.655**		.883***
FAM		.584**		.578**			.698**	.624**	.425*	.435*
DTR		.702***		.421*			.824***	.867***	.473*	.882***
RTR		.451*		.411*			.723***	.737***		.706***

* Correlación significativa al nivel de 0.05

** Correlación significativa al nivel de 0.01

*** Correlación significativa al nivel de 0.001

En la tabla 13 se describen los resultados del análisis de correlación entre las escalas clínicas y de contenido.

En esta tabla se observa que la correlación que existe entre las escalas clínicas y de contenido presenta valores que van de .411 a .883 obteniendo principalmente un valor de significancia de .001, seguido de un nivel de significancia de .01 y por último nivel de significancia de .05.

La escala de Hipocondriasis (Hs) se relaciona con la escala de Preocupación por la salud (SAU) con un nivel de significancia de .01.

Así mismo la escala de Depresión (D) se correlaciona con las escalas de Ansiedad (ANS) y Dificultades en el trabajo (DTR) con un nivel de significancia superior a .70, también existe correlación con las escalas de Problemas Familiares (FAM), Depresión (DEP), Incomodidad Social (ISO) y Preocupación por la Salud (SAU), Rechazo al Tratamiento (RTR), Baja Autoestima (BAE), Obsesión (OBS), Miedo (MIE) y personalidad Tipo A (PTA).

La escala de Histeria (Hi), muestra correlación con la escala de Preocupación por la Salud (SAU),

Por otro lado la escala desviación Psicopática (Dp), tiene correlación con las escalas de Problemas Familiares (FAM), Depresión (DEP), Dificultades en el Trabajo (DTR) y Rechazo al Tratamiento (RTR).

La escala de Paranoia (Pa), presenta una correlación negativa con la escala de Baja Autoestima (BAE), e Incomodidad Social (ISO).

Por su parte en la escala de Psicastenia (Pt), se observa una correlación altamente significativa, presentando un nivel de significancia superior a .70, con las escalas de Ansiedad (ANS), Dificultades en el trabajo (DTR), Obsesión (OBS) Depresión (DEP), Rechazo al Tratamiento (RTR), Baja Autoestima (BAU) y Pensamiento Delirante (DEL), por otra parte se observa correlación con la escala de Problemas Familiares (FAM).

En cuanto a la escala de Esquizofrenia se observa una correlación, con un alto nivel de significancia superior a .70, con las escalas de Dificultades en el Trabajo (DTR), Ansiedad (ANS), Pensamiento Delirante (DEL), Depresión (DEP), Baja autoestima (BAU), y Rechazo al tratamiento (RTR), también presenta

correlación con las escalas de Obsesión (OBS), Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM), Personalidad Tipo A (PTA) y Pensamiento Delirante (DEL).

Con respecto a la escala de hipomanía (Ma), se observa correlación con las escalas de Personalidad Tipo A (PTA), Cinismo (CIN), Practicas Antisociales (PAS), Dificultades en el trabajo (DTR), Baja Autoestima (BAU), Ansiedad (ANS) y Problemas Familiares (FAM).

Por ultimo la escala de Introversión Social (Is), presenta correlación con las escalas de Incomodidad social (ISO), Dificultades en el trabajo (DTR), Ansiedad (ANS), Pensamiento Delirante (DEL), Baja Autoestima (BAU), Depresión (DEP), Rechazo al Tratamiento (RTR) destacando en estas escalas su alto nivel de significancia superior a .70, también muestra correlación con las escalas de Obsesión (OBS), Personalidad Tipo A (PTA), Miedos (MIE), Cinismo (CIN), Problemas Familiares (FAM), y Preocupación por la Salud (SAU).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar si existe alguna relación entre los trastornos somatomorfos y la personalidad de pacientes que han presentado intento o/y ideación suicida. Para poder determinar esto se identificó en primer lugar las características de personalidad de la muestra empleando el MMPI-2 y un cuestionario con el cual se exploran los principales rasgos de trastornos somatomorfos, planteándose diversas hipótesis de investigación.

Con respecto a la primera hipótesis derivada de ese estudio la cual dice: “Es posible encontrar rasgos de trastorno de somatización en los pacientes con intento o ideación suicida”: Se acepta la hipótesis alterna ya que se encontró presencia de rasgos de somatización en los pacientes, los cuales incluían principalmente dolores de cabeza, problemas gastro intestinales. Esto se corrobora con investigaciones hechas como la de Hjerl, Anderfsen, Keiding, Mouridsen, Mortensen y Jorgensen (2003), en donde se encontró que después del diagnóstico de alguna enfermedad terminal, hay predisposición a desarrollar intentos de suicidio y presentar factores somáticos. Por otro lado Naka, Yamanaka y Kuboki, (2002) encontraron una alta correlación en la presencia de síntomas somáticos en pacientes que reportaron ideaciones o intentos suicidas.

Aunado a esto se pueden considerar mecanismos en la personalidad de este paciente que pueden predisponerlo al suicidio, una explicación dada según las teorías Freudianas para el trastorno de somatización, es que tras un suceso traumático la memoria del evento resulta tan dolorosa que es reprimida y queda sumergida en el inconsciente, sin embargo estos se manifiestan en el nivel consciente en forma de síntomas somáticos y autoagresiones, (Kaplan y Sadock, 2001).

Además se ha encontrado una relación importante con respecto a la citosina, esta son un grupo de moléculas mensajeras que el sistema inmunológico utiliza para comunicarse consigo mismo y con el sistema nervioso incluyendo el cerebro, esta también se ha visto que juega un papel importante en la presencia de síntomas como depresión y anorexia, los cuales son considerados factores importantes que predisponen al suicidio o a conductas auto agresivas, (Berlin , Payan, Corruble, y Puech, 2001).

Por otra parte en pacientes con trastorno de somatización se han encontrado rasgos de personalidad que coinciden con los pacientes que ha presentado intento de suicidio como los son baja autoestima, tendencia a evitar obligaciones, dificultad para expresar emociones o simbolizar sus sentimientos, incapacidad para habituarse al medio, entre otros, (Gustafsson y Jacobsson, 2002).

Con respecto a la segunda hipótesis planteada la cual dice: “Es posible encontrar rasgos del trastorno de conversión en pacientes con intento o ideación suicida”. Se acepta la hipótesis alterna ya que se encontró presencia de rasgos de este trastorno en los pacientes, estos son principalmente relacionados a parálisis o debilidad muscular y frecuentes desmayos. En este caso se puede tomar en consideración el que el trastorno de conversión esta ligado a personalidades histriónicas, en este sentido Zlot, Herrmann, Hafer-Maher, Adelr y Rolf, (2001) encontraron que han una correlación entre rasgos histriónicos de personalidad con intentos de suicidio.

Por otra parte las teorías psicoanalíticas refieren que el trastorno de conversión es causado por la represión de un conflicto intra psíquico inconsciente la conversión de la ansiedad en síntomas físicos, la presencia de estos síntomas permiten la expresión de estos, de modo que el paciente no se enfrenta conscientemente a sus impulsos inaceptables. Esta descripción coincide con los rasgos de personalidad del suicida ya que estos se caracterizan por ser personas que perciben tener demasiados conflictos, los cuales a veces son incapaces de manifestar o reconocer, por lo cual recurren a conductas auto agresivas como modo de liberación de estos, (en Kaplan y Sadock, 2001).

La tercera hipótesis planteada en esta investigación es: “Es posible encontrar rasgos de hipocondría en pacientes con intento o ideación suicida”. En este caso se acepta la hipótesis alterna debido a que se encontró una presencia significativa de preocupaciones de padecer alguna enfermedad y necesidad de hacerse chequeos médicos.

En este sentido la escuela psicodinámica postula que en la hipocondría los deseos agresivos y hostiles hacia los demás son convertidos a través de la represión y el desplazamiento en molestias físicas. En los pacientes con hipocondría se encuentra presencia de mucha rabia originada por frustraciones, rechazos y pérdidas pasadas, y este encuentra en las manifestaciones físicas la forma de expresar su rabia en el presente solicitando ayuda y atención de otras persona. Analizando estas características de personalidad se observa que en los pacientes suicidas la dinámica de personalidad coincide en gran medida con esta descripción, (Ruiz, 1998).

En el mismo sentido la hipocondría se ha interpretado también como una defensa contra la culpa, el sentimiento innato de maldad y una expresión de autoestima baja, (García, Salvanes y Alamo, 2002).

Además hay teorías que mencionan que la hipocondría es una variante de otros trastornos mentales como los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, estos últimos vinculados altamente con el suicidio, (Ruiz, 1998).

En relación a la cuarta hipótesis planteada en el estudio la cual fue: “En los pacientes con intento o ideación suicida pueden encontrarse presentes rasgos del trastorno dismórfico corporal”. Se acepta la hipótesis alterna ya que se encontró presencia significativa de los rasgos que caracterizan a este trastorno los cuales son principalmente la creencia de poseer algún defecto físico en el aspecto físico imaginado.

Se encontró que un gran número de pacientes hay creencia de tener una mala apariencia física, esto se atribuye principalmente a la baja autoestima que estos tienen.

En este sentido se ha encontrado que este trastorno tiene una comorbilidad con trastornos depresivos, y otros trastornos, estos relacionados con una auto concepto bajo, y una auto imagen muy devaluada, y esto a su vez altamente relacionados con presencia de intentos de suicidio, (Moron, 1992).

Además se ha visto que con este trastorno suelen coexistir otros trastornos mentales, se ha encontrado que en mas del 90% de estos pacientes hubo presencia de un episodio de Trastorno depresivo mayor en su vida, el 70% algún trastorno de ansiedad y el 30% algún trastorno psicótico, a su vez presentado un gran porcentaje de estos algún intento suicida en su historia clínica, (García, Salvanes y Alamo, 2002).

Por otro lado se ha observado que este trastorno se correlaciona con la buena respuesta del al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina, lo que indica que en la fisiopatología de este trastorno puede jugar un papel importante la serotonina, la cual ha sido asociada con otros trastornos vinculados altamente con el suicidio como los son los trastornos depresivos, bipolares, trastornos de ansiedad, (López, 2002).

Con respecto a la quinta hipótesis planteada la cual dice: “En los pacientes con intento o ideación suicida pueden encontrarse presentes rasgos del trastorno por dolor”. Se acepta la hipótesis alterna ya que si hay presencia de dolor en los pacientes.

Con respecto a este trastorno se ha encontrado que los factores psicológicos desempeñan un papel muy importante en este. Los síntomas de dolor están asociados a estrés emocional y deterioro del funcionamiento, características que coinciden en gran medida con los pacientes suicidas, (Mendoza y Pellicer, 2002).

Además se ha encontrado que los pacientes que sufren dolor sin que exista ninguna causa física que lo justifique pueden estar expresando de forma simbólica un conflicto intrapsíquico a través del cuerpo, (Mendoza y Pellicer, 2002).

Por otro lado el dolor en estos pacientes puede ser un método para conseguir amor, castigo por algo mal hecho y una forma de expiar la culpa y de compensar un sentimiento innato de maldad, estas últimas características se han asociado

igualmente a los rasgos de personalidad del paciente suicida, (García, Salvanes y Alamo, 2002).

Por último este trastorno ha sido también altamente vinculado con trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, estos últimos relacionados altamente con la presencia de intentos suicidas, (Kaplan y Sadock, 2001).

Asimismo se realizó el análisis cualitativo de los puntajes T del MMPI-2 y las configuraciones de cada una de las escalas para determinar los índices de patología del grupo y poder identificar también de este modo, rasgos de Trastornos Somatomorfos. Kazdin (2001) define este tipo de análisis como aquellos diseñados para describir, interpretar y comprender la experiencia humana y elaborar el significado que esta experiencia tiene para los participantes. Una de las principales características de este tipo de análisis es que es una descripción detallada sin referencia a medidas específicas, categorías o determinada escala con base en un constructo, (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Este análisis cualitativo se considera importante para mejorar la comprensión e interpretación de los datos, ya que como menciona Kazdin, (2001) la investigación cualitativa puede contribuir a la Psicología para enriquecer la evaluación e interpretación de la información obtenida. A continuación se muestra el cuadro con los perfiles obtenidos y posteriormente la interpretación de este, (Hernández, y cols.,2003).

CUADRO DE CODIGOS DE PERFILES DEL MMPI-2

CASO	MUJERES		HOMBRES	
	DIAGNOSTICO	PERFIL	DIAGNOSTICO	PERFIL
1	Tx. Depresivo mayor	028'7-163/945: F"L-K#	Tx. Depresivo mayor	5''61/4270938: FL/K:
2	Tx. Depresivo mayor+ Bulimia nerv.+Tx. limite	86**70''421'3+9-#5 F!L/K#	Esquizofrenia paranoide	6'8-70/19543:2# LF/K#
3	Tx. Depresivo mayor	81*27''936'40+5/ F*L+K:	Tx. Depresivo mayor	687'21435+09/ F''K/L:
4	Tx. Bipolar	618'43+7-9250/ LKF/	Tx. Depresivo mayor	8*675''23'0+3-19/ F! L:K#
5	Tx. Obsesivo compulsivo	8*769'4'0+52-13/ F**L:K#	Síndrome estrés post-traumático	1+98-6035/427: F+L/K:
6	Tx. Depresivo mayor	874''13'0+29-65: F'K:L#	Tx. Bipolar	316+8-45/7902: KLF/
7	Tx. Depresivo mayor	28''0'7+16439/5# F*L'K#	Tx. Depresivo mayor	6''54'38+19-7/20: LFK/
8	Tx. Depresivo mayor + síndrome Estrés post.	34'826'19+570/ F''LK:		

En las mujeres las escalas que se observaron mas altas fueron las escalas de esquizofrenia (8), psicastenia (7), hipocondriasis (1), desviación psicopatita (4), depresión (2) y paranoia (6).

La escala de esquizofrenia 8 (Es) se relaciona con la tendencia al aislamiento y la fantasía, así como también con problemas para establecer relaciones interpersonales utilizando la fantasía como mecanismo de compensación de dicha incapacidad, pueden llegar a tener confusiones entre la fantasía y la realidad lo que puede traer como consecuencia desintegración en la estructura de personalidad.

La escala de psicastenia 7 (Pt) indica que el individuo enfrenta los estímulos, en este análisis se puede decir que las mujeres se caracterizan por la incapacidad de tomar decisiones rápidas, exigencia, reducción de la tolerancia hacia si mismo y hacia los demás, búsqueda de patrones preestructurados de comportamiento,

delimitación de las situaciones que enfrentan buscando reunir el máximo de seguridad antes de actuar, meticulosidad, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar ante fragmentos de estímulos generalizando la respuesta en forma inadecuada, se sienten inconformes con sus características, asumiendo una actitud de competencia hacia los demás con el fin de alcanzar un yo ideal, sus relaciones sociales tienden a ser bastante problemáticas ya que por su exigencia y falta de tolerancia tienden a rechazar a los demás y son también poco toleradas por otros llevándolas a experimentar sentimientos de soledad.

La escala de Hipochondriasis 1 (Hs) se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos como la fatiga, el cansancio y las molestias físicas vagas, a través de esta escala reconocen estar preocupadas por su salud física manifestando una exageración por estas preocupaciones, así mismo se manifiesta la necesidad de elaborar una defensa contra sus fallas intentando justificarlas con sus molestias físicas y prefiriendo reconocerlas como causa de su problemática en vez de darse cuenta de que es mas bien psicológica, obteniendo de esta forma una explicación de sus fracasos, para si mismo y para los demás, manifestando a través de su sensación de enfermedad física la búsqueda de tolerancia y aceptación que convencionalmente se les proporciona a los enfermos, por esto la manifestación de molestias físicas funciona como mecanismo de auto limitación y a la vez como búsqueda de explicación, racionalización, justificación y tolerancia, en algunas ocasiones se puede elevar la escala por la preocupación de su imagen corporal sin relacionarse con alguna sintomatología física, esto sucede cuando se sienten tener algún defecto corporal que no pueden aceptar en su autoestima y que temen llegar a poseer permanentemente.

La escala de Desviación Psicopática 4 (Dp) se interpreta como una medida de la posibilidad del individuo de manifestarse en forma abierta y sin control de sus descargas impulsivas, describe además características egocéntricas y narcisistas con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas y con tendencias a evitar asumir responsabilidades y compromisos, se puede decir que el individuo trata de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos y sin

capacidad para postergar la satisfacción de las necesidades, estas características se asocian además con problemas para relacionarse con figuras que representan la autoridad y con la dificultad para someterse a imposiciones externas mostrando una conducta que va desde la inconformidad encubierta, hasta la rebelión mas abierta. También puede indicarnos la necesidad del individuo de autoafirmarse. En ocasiones nos puede indicar una fuerte autocrítica ante descargas impulsivas juzgándose a si mismo con mucha severidad y declarando acerca de si una conducta poco controlada que realmente no posee, estas pacientes tienen a exigir en ocasiones soluciones practicas e inmediatas a sus problemas que a no obtener rechazan la ayuda.

La escala de Depresión 2 (D) describe un conjunto de características relacionadas sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa que pueden ser parte de un gran numero de síndromes psicopatológicos, en ocasiones a los sentimientos de inseguridad se suman sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, las capacidades y las metas convirtiéndose la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensiva, así mismo puede haber reducción de la energía, falta de motivación y perdida general de interés, al igual que la consecuente lenificación, tanto de la conducta motriz como del pensamiento.

La escala de Paranoia 6 (Pa) pone en manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobre-interpretación de los estímulos, con consecuentes descargas agresivas que se pueden entender como una forma de defensa anticipada a posibles situaciones de ataque que se perciben como amenazantes, estas características pueden indicar la dificultad para establecer relaciones interpersonales, ante la percepción de estar siendo limitado por el ambiente. El mecanismo de defensa que caracteriza la elevación de esta escala es la proyección a través de la cual el individuo percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, sus problemas y sus propias fallas.

En le grupo de los hombres las escalas que se observaron con mayor frecuencia en fueron las escalas de paranoia (6), esquizofrenia (8), hipocondría,

depresión 2), desviación psicopática (4), intereses masculino-femenino (5) y psicastenia (7).

La escala de Paranoia 6 (Pa) se relaciona con actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobre-interpretación de los estímulos llegando a veces a presentar conductas agresivas que se entienden como una forma de defensa anticipada. Estas características de personalidad pueden llevar a dificultad para establecer relaciones interpersonales ante la percepción de estar siendo limitado por el ambiente. El mecanismo de defensa fundamental es la proyección a través de la cual el individuo percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, problemas y fallas.

La escala de Esquizofrenia 8 (Es) habla de una tendencia marcada al aislamiento y la fantasía, estos sujetos presentan problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales utilizando el mecanismo de fantasía como compensación de esta incapacidad. Ocasionalmente tienen confusiones entre la fantasía y la realidad lo que puede traer como consecuencia un riesgo de desintegración en la estructura de personalidad.

La escala de Hipocondría 1 (Hs) se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos como molestias físicas, fatiga, etc., en esta escala el individuo reconoce estar preocupado por su salud física pudiendo llegar a la exageración de estas preocupaciones. La elevación en esta escala no habla de la necesidad que el sujeto tiene de elaborar una defensa contra sus fallas, intentando justificarlas con sus molestias físicas, prefiriendo reconocer estas como causa de su problemática, obteniendo así una supuesta explicación de sus fracasos, buscando a través de la enfermedad física la tolerancia y aceptación que convencionalmente se les proporciona a los enfermos, de esa forma la manifestación de molestias físicas funciona como mecanismo de auto limitación y búsqueda de explicación, racionalización, justificación y tolerancia. En ocasiones la elevación de esta escala nos puede indicar el sentimiento del sujeto de tener algún defecto corporal que teme poseer permanentemente y no puede aceptar.

La escala de Depresión 2 (D) está relacionada con sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, acompañados de una actitud

autocrítica y pesimismo en todas las actividades, capacidades y metas, convirtiéndose esto en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensiva. Puede presentarse reducción de la energía, falta de motivación y pérdida de interés y lenificación de conducta motriz y pensamiento.

La escala de Desviación Psicopática 4 (Dp) habla de la posibilidad del individuo de manifestar en forma abierta y sin control sus descargas impulsivas. La elevación de esa escala describe a individuos como egocéntricos y narcisistas, con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas tendiendo a evitar asumir responsabilidades y compromisos. Se puede decir que el individuo trata de conseguir inmediatamente lo que desea muchas veces sin reflexionar acerca de las consecuencias de sus actos y sin capacidad para postergar la satisfacción de las necesidades. Estas características pueden asociarse con problemas para relacionarse con figuras que representan autoridad y con la dificultad para someterse a imposiciones externas, mostrando conductas que van desde inconformidad encubierta hasta la rebelión abierta. La elevación de esta escala nos puede indicar también una fuerte autocrítica del sujeto ante sus descargas impulsivas juzgándose con mucha severidad y declarando acerca de sí mismo una conducta poco controlada que realmente no posee.

La escala de Intereses masculino-femenino 5 (Mf) cuando presenta elevación en los hombres nos señala actitudes de pasividad, tolerancia y la tendencia a evitar situaciones problemáticas, en especial las que son percibidas como rudas o bruscas físicamente. Los sujetos llegan a sentir que pueden ser explotados y manipulados por los demás, ante la ausencia de una respuesta más abierta de su parte, para oponerse a situaciones que los sometan.

La escala de Psicastenia 7 (Pt) se refiere a la angustia con que un individuo enfrenta los estímulos, cuando el puntaje es elevado nos indica la incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia, reducción de la tolerancia hacia sí mismo y hacia los demás, búsqueda de patrones reestructurados de comportamiento, delimitación marcada de las situaciones que se tiene que enfrentar, tratando de reunir el máximo de seguridad antes de actuar, la meticulosidad, la tendencia al perfeccionismo y a reaccionar ante fragmentos de

estímulos generalizando la respuesta en forma inadecuada. Es frecuente que el sujeto se sienta muy inconforme con sus características, asumiendo así una actitud de competencia hacia los demás que el mismo se plantea. Las relaciones interpersonales de estos sujetos pueden ser bastante problemáticas, ya que por su exigencia y falta de tolerancia, con frecuencia rechazan a los demás y son poco tolerados por otros llevándolos a experimentar sentimientos de soledad.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se pudieron identificar las características de personalidad de un grupo de pacientes que han presentado algún intento de suicidio e ideaciones suicidas. Estas características fueron determinadas en función de los resultados obtenidos con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).

También fue posible identificar con base a un cuestionario de trastornos somatomorfos que rasgos de estos trastornos se encuentran presentes en estos pacientes, para posteriormente determinar que tanta relación puede existir entre los rasgos de personalidad de pacientes suicidas con los trastornos somatomorfos.

En el análisis hecho en el estudio se encontró presencia significativa de somatizaciones en los pacientes, siendo los más frecuentes dolores de cabeza y problemas gastrointestinales como estreñimiento así mismo también se reportan preocupaciones excesivas de padecer o contraer alguna enfermedad. Estos síntomas relacionados con la Somatización, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas somáticos, como problemas gastrointestinales, síntomas dolorosos y problemas sexuales, Trastorno por dolor, el cual se caracteriza por la presencia de dolor significativo, como en este caso cefaleas, e Hipocondría, que se caracteriza por la preocupación excesiva por llegar a contraer alguna enfermedad. Por otra parte se observó una elevación por arriba del percentil 65 en la escala de Hipocondría, lo cual no habla de que estas personas expresan un interés significativo acerca de su salud, así como también pueden presentar quejas somáticas, estas personas pueden tender a manifestar sus conflictos o controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

En el mayor porcentaje de las mujeres se encontró que presentan alteraciones en el ciclo menstrual, al igual que en los hombres, quienes a su vez en los hombres se encontró presencia de disfunción eréctil y/o eyaculatoria y tanto hombre como mujeres presentan indiferencia sexual, estas últimas

manifestaciones son rasgos que se encuentran presentes en el Trastorno de Somatización.

También se reporto cansancio crónico, problemas en la coordinación y equilibrio, parálisis o debilidad muscular y en alguno casos amnesias y alucinaciones. Estos últimos son rasgos que se encuentran presentes en el Trastorno de Conversión, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos, así como también otros, como el cansancio, debilidad, etc.

Con base a los resultados obtenidos en I MMPI-2 las escalas clínicas, se observo una elevación en la escala 8 (esquizofrenia) lo cual sugieren características de reducción en el contacto con la realidad lo que puede desencadenar en conductas caóticas, también reportan actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobre-interpretación de los estímulos llegando a presentar descargas impulsivas, observado en la elevación en la escala 6 (Paranoia) también se hace presente la poca tolerancia hacia si mismo y hacia los demás, búsqueda de patrones preestructurados de comportamiento y meticulosidad, descrito de acuerdo a la elevación en la escala 7 (psicastenia), así como también sentimientos de inseguridad, minusvalía, aislamiento y culpa haciéndose notables también la reducción de la energía, falta de motivación, perdida de interés y lenificación motriz y de pensamiento, como se puede ver con la elevación de la escala 2 (Depresión).

Tomando en cuenta las combinaciones de estas escalas se puede decir que estos sujetos manifiestan sentimientos de pesimismo y abatimiento expresados a través de manifestaciones de desesperanza e ideas suicidas también es frecuente encontrar síntomas somáticos como fatiga y debilidad el curso de pensamiento suele estar alterado, con dificultades de expresar sus emociones en forma moderada y adaptativa, tienden a preocuparse fácilmente y mostrase frágiles y amenazados ante la menor expresión de rechazo u hostilidad. En sus relaciones interpersonales se muestran tensos e hipersensibles al rechazo debido a la baja tolerancia a la frustración adoptando actitudes de timidez e inhibición en sus respuestas espontáneas.

Las características del perfil también apunta hacia la posibilidad de conductas autodestructivas con elementos de tipo psicóticos , así como también descargas impulsivas caóticas con pobre contacto con la realidad, en estos casos los elementos de agresividad de la escala 6 (paranoia) parecen desorganizarse y volverse contra el paciente destruyéndose a si mismo. Observado con la elevación de las escalas 6 (paranoia), 4 (desviación psicopática) y 8 (esquizofrenia).

Por otro lado tomando en cuenta conjuntamente los resultados del cuestionario de trastornos somatomorfos y del MMPI-2, se observo que en ambos se encuentran presentes rasgos de los trastornos somatomorfos, en el caso del cuestionario se hicieron presentes somatizaciones como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, esto en referencia a el trastorno de somatización; se encontró presencia de parálisis y debilidad muscular y desmayos, esto en relación al trastorno de conversión; preocupaciones por la salud y necesidad de hacerse chequeos medico en relación a la hipocondriasis y presencia significativa de dolor en la mayoría de los casos en la cabeza pero también en tórax y en otras partes del cuerpo en relación al trastorno por dolor.

Por otro lado tomando en cuenta los resultados del MMPI-2, se encontró que en relación a rasgos de personalidad implicados en los trastornos somatomorfos hay una elevación en las escalas de hipocondriasis, lo cual nos indica preocupación por la salud y en ocasiones tendencia a somatizar, y escalas que pueden estar involucradas en estos rasgos como son la escala de depresión, la cual se caracteriza por presencia de tristeza, disforia, baja autoestima, sentimientos de culpa, etc., y de psicastenia por la dinámica de personalidad caracterizada por presencia de ansiedad, tensión e intranquilidad.

Se considera que este estudio proporciona datos relevantes en lo referente a la personalidad de los pacientes que han presentado intento o ideación suicida. Esto da a conocer rasgos de personalidad como lo son la implicación de rasgos de trastornos somatomorfos en la dinámica de personalidad de estos sujetos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio aunados a los reportados en investigaciones anteriores, se sugiere que es importante tomar en cuenta en el análisis de personalidad de los pacientes suicidas, aspectos que a

veces suelen pasar desapercibidos como lo son rasgos de trastornos somatomorfos que pueden ocupar un papel muy importante en la dinámica de personalidad de estos sujetos.

VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Con base al desarrollo del presente estudio se considera que este tuvo como ventaja dar la posibilidad de hacer un análisis de la personalidad de pacientes que con intento o ideación suicida, para posteriormente con la aplicación de un cuestionario que explora rasgos de trastornos somatomorfos fue posible determinar que existe una presencia significativa de rasgos de estos trastornos en la personalidad de estos sujetos. Esto se considera importante ya que corrobora investigaciones hechas anteriormente en donde se ha encontrado que personas con trastornos somatomorfos tienen una incidencia importante en tener conductas suicidas.

Por otro lado se considera que en este estudio se pueden encontrar limitaciones como la patología de cada sujeto, que en este caso dificulta el determinar que tanto puede estar influyendo directamente los rasgos de trastornos somatomorfos encontrados en estos pacientes en el hecho de tener ideaciones o intentos suicidas, ya que esto es atribuido en estos pacientes principalmente a la enfermedad con la que se encuentran diagnosticados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Benazzi, F., (1998). A 10-item Hamilton Depression Rating Scale to measure major depressive episode severity in outpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(8), 570-571.
- Berlin, I., Payan, CH., Corruble, E. & Puech, A., (2001). Serum thyroid-stimulating-hormone concentration as an index of severity of mayor depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2(2),105-110
- Birmaher, B. & Brent, D., (2002). Pharmacotherapy for depression in children and adolescents. *The many faces of depression in children and adolescents*. 21(2), 73-103.
- Bridsky, B., Oquendo, M., Ellis, S., Haas, G., Malone, K. & Mann, J., (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*. 158(11), 1871-1877.
- Butcher, J.N., (2001). *MMPI-2 Guía para principiantes*. México, Manual Moderno.
- Clarke, D. & Smith, G., (1996). Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry in general medical units*. 29(3), 424-432.
- Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., Fischer, P. & Lehman, A., (1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 187 (18), 496-502.
- De la Peña, F., Rosa, E. y Paez, F., (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. 22(Número especial), 88-92.
- Dossceh, D., Van deer Steen, F. & Ferdinand, R., (2002). Somatoform disorders in children and adolescents: A comparison with other internalizing disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*. 14 (1).
- DSM-IV. Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales* (1995). Barcelona. Editorial Masson.
- Espinosa, F.L., Almeida, M., Cortes, F. y Leo, G., (2003). Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro. *Salud mental*. 26(6), 47-54.
- Fernquist, R. M. & Cutright, P., (2001). Attitudinal and structural predictors of the gender gap in suicide: An exploratory analysis of nine European countries. *Omega-Journal of Death Dying*. 42(3), 253-267.
- García, C. J., (1999). *Usted no tiene nada: La somatización*. Barcelona. Edit. Océano.
- García, C., Salvanes, R. y Alamo, C., (2002). *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid. Editorial Panamericana.
- González, F., Borges, G., Gómez, C. y Jiménez, T., (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. *Salud Mental* 19(11) 35-38.
- González, F. y Jiménez, T., (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 26(6). 35-46.

- Gurian, B., (1998). Some issues specific to depression in later life. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 30(2), 211-221.
- Green, S., Russo, M., Navratil, J. & Loeber, R., (2000). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child & Family Studies*. 8(2), 151-168.
- Gustafsson L. & Jacobsson, L., (2002). On mental disorder and somatic disease in suicide: a psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. 54(6), 383-395.
- Hijar, M., Rascon, P., Blanco. J. y López, L., (1996). Los suicidios en México, características sexuales y geográficas. *Salud Mental*. 19(4),14-21.
- Hjerl, K., Anderfsen, E., Keiding. N., Mouridsen, H., Mortensen, P. & Jorgensen T., (2003). Depression as prognostic for breast cancer mortality. *Psychosomatics*. *American Psychiatric, US*, 44(1). 24-30.
- Helstelae, L. & Sourander, A., (2002). Self –reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 55(6), 381,385.
- Hernández, S. R.; Fernández, C. C. y Baptista, L. P., (1991). *Metodología de la Investigación*. 2ª. Edición. México: Mc. Graw Hill.
- Irastorza E., L. J., (2001). Dysthymia and depressive personality: Clinical differentiation. *Actas Españolas en Psiquiatría*. 29(5), 318-326.
- Ivarsson T., Gillberg C., Arvidsson T. & Broberg A.G., (2002). The Youth Self-Report (YSR) and Depression Self-Rating Scale (DSRS) as measures of depression and suicidality among adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 11(1), 31-37.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2004). Estadísticas sobre intentos de suicidio.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2005). Suicidios registrados por causa de 1990 al 2004.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2004). Suicidios registrados por entidad federativa.
- Kaplan, I. H. y Sadock, J.B., (2001). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid España. Editorial Panamericana.
- Kazdin, E., (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México. Pearson Ediciones
- Kellner, R., (1991). *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington . American Psychiatric Press. 260p.
- Linehan, M., (2002). Commentary on innovations in dialectal behavior therapy. *Cognitive & Behavioral Practice*. 7 (4), 478-481.
- Lock , J. & Giammona, A., (1999). Severe somatoform disorder in adolescence: A case series using a rehabilitation model for intervention. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*. 4(3). 341-351.
- López, R.S., (2002). *Lo corporal y lo psicossomático. Reflexiones y Aproximaciones I*. México, CEAPAC.
- Lynch, M. E., (1995). The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *Journal of Palliative Care*. 11(1), 10-18.

- Maier, W. & Falkai, P., (1999). The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *International Clinical Psychopharmacology*. 14(Suppl2), S1-S6.
- Masood-ul-Hasan, S. & Owens, D., (2003). Self-poisoning patients in the general hospital: The frequency and nature of their consultations with the general practitioner. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 20(1), 15-17.
- McCauley M., Rusell, V., Bedford D., Khan A. & Kelly R., (2002). Assessment following deliberate self harm: Who are we seeing and are we following the guidelines?. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 18(4),116-119.
- Mendoza, Y. y Pellicer, F., (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud mental*. 25(4), 10-16.
- Mondragón I., Borges G. y Gutiérrez R., (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 24(6), 4-15.
- Moron, P., (1992). *El suicidio*. Cruz O. México. Cruz O. Ediciones. Montalban Ros, S. (1998) *La conducta suicida*. Balboa Madrid. Aran Ediciones
- Nakao, M., Yamanaka, G. & Kuboki, T., (2002). Suicidal ideation and somatic symptoms of patients with mind/body distress in a Japanese psychosomatic clinic.
- Nakaya, M., Komahashi, T., Ohmori, K. & Suwa, H., (1998). The composition of the depressive syndrome in acute schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 34(3), 151-157.
- Organización Mundial de la Salud, (1999). El suicidio un problema se salud publica.
- Palson, S. & Skoog, I., (1997). The epidemiology of affective disorders in the elderly: A review. *International Clinical Psychopharmacology*. 12 (Suppl 7), S3-S13.
- Pendse B., Westrin A. & Engstroem G., (1999). Temperament traits in seasonal affective disorder, suicide attempters with non-seasonal major depression and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*. 54(1),55-65.
- Porter S.C., Fein J.A. & Ginsburg K.R., (1999). Depression screening in adolescents with somatic complaints presenting to the emergency departament. *Annals of Emergency Medicine*. 29(1), 141-145.
- Ruiz, R. M., (1998) *El enfermo hipocondriaco*. Barcelona España. Edit. Expax.
- Seeley, J. R., (2002). Comorbidity between conduct disorder and major depression: Phenomenology, correlates, course, and familial aggregation. *Dissertation Abstracts International*. 62(12-A), 2002, 4122.
- Segrin, Ch., (2001). Interpersonal processes in psychological problems. *New York, NY, US: Guilford Press*. XI, 290.
- Shaar, I. & Oejehagen, A., (2001). Severely mentally ill substance abusers: An 18-month follow-up study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 36(2), 70-78.
- Soloff, P., Lynch, K. & Kelly., T. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 16(3), 201-204.
- Stoppe, G., Sandholzer, H., Huppertz, C., Duwe, H. & Staedt, J., (1999). Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *Journal of Affective Disorders*. 54(1-2), 193-198.

- Stokes, P. E., (1996). A primary care perspective on management of acute and long-term depression. *Journal of Clinical Psychiatry Monograph Series*. 13(2), 23-33.
- Sullivan, M., Rapp, S., Fitzgibbon, D. & Chapman, R. C., (1997). Pain and the choice to hasten death in patients with painful metastatic cancer. *Journal of Palliative Care*. 13(3), 18-28.
- Von, G., Hans-Juergen, Baecker, R., Hefter, H. & Arendt, G., (2001). Depression does not influence basal ganglia-mediated psychomotor speed in HIV infection. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 13(1), 88-94.
- Zlot, S., Herrmann, M., Hofer-Mayer, T., Adler, M. & Adler, R., (2001). A comparison of self-concept and personality disorders in women with pain accounted for by psychological factors, women with major depression, and healthy controls. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 31(1), 61-71.

A N E X O 1

CUADRO DE ENTREVISTAS

Datos del paciente	
Nombre: E. M. P. Edad: 50 años Ocupación: comerciante Escolaridad: Licenciatura Estado civil: Casada Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	<p>La paciente refiere inicio de sintomatología depresiva desde la adolescencia, esta acompañada de ideas estructuradas de suicidio, llevando a cabo varios intentos ingiriendo medicamentos, a raíz de problemas maritales se intensifico su sintomatología depresiva, principalmente baja autoestima y animo bajo, acompañados de síntomas físicos como migraña y problemas gastrointestinales todo esto la lleva a un nuevo intento de suicidio, la paciente muestra poca conciencia de enfermedad, aun presenta ideas estructuradas de suicidio.</p>
Nombre: B. A. P. L. Edad: 22 años Ocupación: estudiante Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltera Diagnostico: Tx. Depresivo mayor + Trastorno limite de personalidad + Bulimia nerviosa	<p>Refiere el inicio de padecimiento a los 16 años. Por exigencia en una escuela de danza de mantener su peso comenzó con un a presentar bulimia, aunado a esto presento falta de interés en las actividades, dolor de cabeza intenso, cansancio excesivo, ideas de minusvalía y culpa, alteración del sueño y pobre proyección del futuro. Posteriormente comenzó con ideas de muerte y suicidio estructuradas, llevando a cabo cuatro intentos ingiriendo medicamentos</p>
Nombre: G. A. M. O. Edad: 51 años Ocupación: cocinera Escolaridad: secundaria Estado civil: divorciada Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	<p>La paciente refiere el inicio de su padecimiento en la niñez, debido a malos tratos por parte de su madre, comenzó con ideas de minusvalía y tristeza, en el año de 1994 comienza con alucinaciones e ideas suicidas, en el año de 1997 tuvo un primer intento suicida ingiriendo medicamentos, hubo remisión de la sintomatología se presento de nuevo la depresión luego de que su hija sufre de abuso sexual por parte de su padre, comienza nuevamente con ideas de suicidio estructuradas, las cuales consistían en aventarse de un puente o abrir las llaves de gas, presenta otro intento de suicidio tratándose de arrojar de un puente en, presenta dolores de cabeza, rigidez muscular y cansancio, taquicardia, dificultad para tragar y sacudidas mio clónicas, anorgasmia, y preocupaciones excesivas de padecer enfermedades.</p>
Nombre: A. V.G. Edad: 25 años Ocupación: estudiante Escolaridad: bachillerato Estado civil: divorciada Diagnostico: Tx. Bipolar	<p>La paciente refiere el inicio del padecimiento a los 12 años, presentando periodos de animo elevado seguidos de sintomatología depresiva, posteriormente comenzó con ideas de suicidio, teniendo 4 intentos, los dos primeros a los 12 y 13 años ingiriendo medicamentos y los dos últimos a los 24 y 25 años, cortándose las venas, estos fueron debido a problemas maritales, la paciente refiere que lo hizo porque presentaba sentimientos de abandono y en forma de reto a su marido. Actualmente presenta dolores intensos de cabeza, estreñimiento, retención urinaria, convulsiones, debilidad muscular y preocupaciones excesivas por</p>

	tener defectos físicos.
Nombre: F. H. P. Edad: 29 años Ocupación: ama de casa Escolaridad: secundaria Estado civil: casada Diagnostico: Tx. Obsesivo Compulsivo	<p>La paciente refiere inicio del padecimiento hace dos años, después de enterarse de la infidelidad de su marido comienza con sentimientos de inferioridad, posteriormente con ideas obsesivas de que la boca le olía mal acompañadas de la compulsión de lavársela constantemente, esto la llevo a aislamiento social, posteriormente comenzó con ideas suicidas debido a la desesperación que le causaban estas ideas, presentando un intento de suicidio estrangulándose. Actualmente refiere sentir un dolor intenso en el corazón, presenta amenorrea, indiferencia sexual, dolor al coito, problemas de equilibrio y coordinación, debilidad muscular, cansancio crónico y preocupación excesiva por padecer enfermedades y hacerse chequeos médicos.</p>
Nombre: N. L. L. C. Edad: 21 años Ocupación: estudiante Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltera Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	<p>La paciente refiere inicio del padecimiento, en la adolescencia atribuido a problemas en el hogar y alcoholismo de su padre, además de sintomatología depresiva ha tenido ideas estructuradas de suicidio, llevando a cabo tres intentos ingiriendo medicamentos, actualmente presenta dolor de cabeza, irregularidades menstruales, y estreñimiento</p>
Nombre: G. D. F. Edad: 59 años Ocupación: ama de casa Escolaridad: primaria Estado civil: casada Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	<p>La paciente refiere inicio del padecimiento en diciembre de este año, ella no se explica porque de pronto empezó con ánimo bajo, baja autoestima, poca energía e ideas de quitarse la vida. Las ideas de suicidio se fueron intensificando hasta que tuvo un intento de suicidio tratando de aventarse de la azotea de su casa, posteriormente persistió con la sintomatología depresiva y la ideación suicida, aunado a esto se han presentado probé lamas gastrointestinales, indiferencia sexual, problemas en la coordinación y equilibrio y cansancio excesivo.</p>
Nombre: C. A. M. V. Edad: 29 años Ocupación: abogada Escolaridad: licenciatura Estado civil: casada Diagnostico: Tx. Depresivo mayor + Síndrome de estrés postraumático	<p>La paciente refiere inicio de su padecimiento a los 12 años, siendo victima de abuso sexual por parte de su padre, quedando embarazada de este a los 14 años y abortando este producto, empezó con sintomatología depresiva, posteriormente es victima de violación por desconocidos con lo que comienza con sintomatología de SDEP, aunado a esto presento ideación suicida teniendo 2 intentos ingiriendo medicamentos, hubo remisión de la sintomatología varios años, al fallecimiento de su hermana aunado a problemas con su pareja y la noticia de que su madre padece cáncer reaparecen ambas sintomatologías presentándose un nuevo intento de suicidio cortándose las venas. Presenta además cefalea, trastornos del sueño, gastritis, colitis, cansancio crónico y bulimia.</p>

Datos del paciente	
Nombre: F. R. O. O. Edad: 27 años Ocupación: profesor Escolaridad: postrado Estado civil: soltero Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	El paciente refiere inicio de su padecimiento en la adolescencia, ya que tuvo constantes conflictos con sus padres por su homosexualidad, posteriormente ha tenido varios problemas debido a su homosexualidad por los importantes cargos que ha desempeñado a lo largo de su vida, esto le ha originado depresión e ideación suicida llevando a cabo 5 intentos de suicidio, 3 ingiriendo medicamentos y 2 tratándose de lanzar de un edificio, presenta además insomnio, problemas de erección, dolores en la espalda, temblor en mano izquierda , cansancio, contracciones y rigidez musculares y problemas gastrointestinales.
Nombre: F. G.A. Edad: 34 años Ocupación: desempleado Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltero Diagnostico: Esquizofrenia paranoide	El paciente refiere inicio del padecimiento a los 20 años cuando comenzó con sintomatología psicótica, falta de motivación, aislamiento social y alucinaciones visuales y auditivas, e ideas de daño y referencia, las cuales consistían en decirle que le iban a hacer daño a su familia y a matarlo, hace aproximadamente 2 años comenzó con ideas de suicidio, hasta que llevo a cabo un intento dándose un balazo en el tórax, el refiere que lo hizo porque ya no soportaba las voces que lo amenazaban de muerte. Actualmente presenta dolor en la espalda, problemas gastrointestinales, convulsiones y la idea de tener demasiadas cicatrices.
Nombre: A. G. L. Edad: 25 años Ocupación: desempleado Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltero Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	El paciente refiere inicio de su padecimiento a los 14 años, debido a problemas con su pareja homosexual y problemas con su familia debido a su homosexualidad, ha presentado sintomatología depresiva acompañada de ideación suicida, tuvo un intento de suicidio a los 19 años ingiriendo raticida por problemas con su pareja y poco después tuvo otro cortándose las muñecas, hubo remisión de la sintomatología, acompañada de promiscuidad esto lo llevo a contraer VIH, diagnostico el cual no le ha dicho a su familia, al enterarse de este diagnostico tiene un nuevo intento de suicidio ahorcándose. Actualmente presenta cefalea, indiferencia sexual, disfunción eréctil, problemas de coordinación y equilibrio, cansancio crónico y preocupación por contraer enfermedades.
Nombre: J.. J. G. O. Edad: 28 años Ocupación: desempleado Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltero Diagnostico: Tx. Depresivo mayor	El paciente refiere inicio de su padecimiento a los 13 años, pensando que tenia mucho mas defectos físicos que sus demás empezó a sentirse inferior, y presentar sintomatología depresiva, a los 16 años comienza con ideas de desesperanza e ideas de suicidio, presenta ideas de daño y referencia que lo llevan a tener dos intentos de suicidio ingiriendo medicamentos. Actualmente presenta cefalea,

	problemas gastrointestinales, de coordinación y equilibrio, y preocupación por tener defectos físicos y contraer enfermedades.
Datos del paciente	
Nombre: C. G. CH. Edad: 24 años Ocupación: estudiante Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltero Diagnostico: síndrome de estrés posttraumático	El paciente refiere inicio del padecimiento a los 11 años, cuando fue víctima de abuso sexual por parte de sus primos, entonces empezó a manifestar sintomatología depresiva, sentimientos de minusvalía, desesperanza y conductas auto agresivas, estos síntomas desaparecieron alrededor de los 18 años, en diciembre del 2003 es asaltado, golpeado y violado por 3 sujetos, él dice que esto provocó que recordara el abuso sexual en la infancia y que lo llevó a presentar ideas de minusvalía, e ideación suicida estructurada, llevó a cabo un intento de suicidio cortándose las venas. Actualmente presenta dolor de cabeza, amnesia y tiene la idea de tener más cicatrices que los demás.
Nombre: I. R. G. Edad: 20 años Ocupación: comerciante Escolaridad: bachillerato Estado civil: soltero Diagnostico: Trastorno bipolar	El paciente refiere inicio del padecimiento a los 18 años cuando comenzó con un aumento de energía, euforia y poca necesidad de dormir, posteriormente a raíz de la muerte de un amigo comenzó con sintomatología depresiva e ideas de suicidio, al realizar un viaje esta sintomatología desaparece y comienza de nuevo el aumento de energía, él dice que comenzó a tener muchos problemas con su padre y para que lo valorara y lo dejara de hostigar en un momento de arranque decidió tratar de suicidarse ingiriendo medicamentos. Actualmente sufre de amnesia, desmayos frecuentes y tiene la necesidad de hacerse chequeos médicos frecuentemente.
Nombre: R. A. R. G. Edad: 50 años Ocupación: etnólogo Escolaridad: licenciatura Estado civil: divorciado Diagnostico: Trastorno depresivo mayor	El paciente refiere inicio del padecimiento a los 44 años, a raíz de que después de un año de trabajo en el extranjero se entera de la infidelidad de su esposa y a pesar de varios intentos de su parte por reconciliarse esta se niega y decide irse con su otra pareja, además su hija estaba de acuerdo con la relación de su madre, esto lo llevó a presentar ideas de minusvalía, sentimientos de culpa y sintomatología depresiva, posteriormente presentó ideas de suicidio y tuvo un intento dándose un balazo. Actualmente presenta dolor en el tórax, gastritis, disfunción eréctil, tiene alucinaciones y amnesia.

A N E X O 2

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

REACTIVO	SI	NO
1. Presenta dolor en alguna parte del cuerpo como cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto		
2. Presenta alguna alteración en su ciclo menstrual.		
3. Presenta dolor al coito		
4. Sufre de algún problema gastrointestinal como dolor, vómitos, nauseas, diarrea, intolerancia a ciertos alimentos.		
5. Tiene disfunción eréctil o eyaculatoria		
6. Presenta indiferencia sexual		
7. Tiene problemas en la coordinación		
8. Presenta problemas en el equilibrio		
9. Siente parálisis o debilidad muscular		
10. Presenta dificultades para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta		
11. Presenta afonía		
12. Sufre de retención urinaria		
13. Tiene alucinaciones		
14. Tiene pérdida de tacto		
15. Presenta ceguera		
16. Presenta sordera		
17. Sufre de convulsiones		
18. Sufre de amnesia		
19. Tiene pérdida de conciencia distinta al desmayo		
20. Sufre de cansancio crónico		
21. Tiene pérdida de apetito		
22. Presenta problemas en la coordinación y equilibrio		
23. Presenta parálisis o debilidad muscular localizada		
24. Siente que tiene pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa		
25. Presenta diplopia		
26. Con frecuencia presenta dolores que llegan a interferir en su vida personal.		
27. Tiene preocupaciones, miedos o creencia de padecer alguna enfermedad.		
28. Con frecuencia tiene la necesidad de hacerse chequeos médicos		
29. Le preocupa demasiado tener algún defecto físico		
30. Le preocupa tener demasiado acné		
31. Piensa que tiene más arrugas de los demás		
32. Piensa que tiene alguna deformidad física en el rostro		
33. Tiene más cicatrices que la gente que lo rodea		
34. Presenta hinchazones en alguna parte de su cuerpo muy notadas		