

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

***DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL***

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA**

FRECUENCIA DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

**ALUMNA: Dra. María Victoria Valenzuela Moreno.
Médico Residente de 4to. Año.
H. Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” S.S.A.**

**Tutor Metodológico:
Dr. Jorge Andrés Peña Ortega**

**Tutor Teórico:
Dr. Miguel Herrera Estrella**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA.
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZALEZ”

1. TITULO:

“FRECUENCIA DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL ”.

2. INVESTIGADORES :

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Jorge Andrés Peña Ortega. Tutor Metodológico.
Jefe de División de Psiquiatría y Salud
Mental del H. General Dr. Manuel Gea González S.S.A

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. María Victoria Valenzuela Moreno.
Médico Residente de cuarto año, adscrita al Hospital
Psiquiátrico Fray B. Álvarez. SSA.

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dr. Miguel Herrera Estrella. Tutor Teórico.
Jefe Medico del 3er piso del Hospital Psiquiátrico Fray B.
Álvarez. SSA

3. SEDE :

División de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General
“Dr. Manuel Gea González “SSA.

Tabla de contenido

Portada
Indice
Antecedentes
Planteamiento de problema
Justificación
Objetivo
Hipótesis
Diseño
Material y Métodos
Variables
Descripción del procedimiento
Validación de datos
Presentación de resultados
Resultados
Tablas
Gráficos
Discusión
Conclusión
Bibliografía
Anexos

Palabras clave: alexitimia, hipertensión arterial esencial, pacientes escala de Toronto, respuesta simpática, riesgo cardiovascular

Resumen: FRECUENCIA DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

Objetivo: establecer la frecuencia de alexitimia en pacientes con HAE de la consulta externa de cardiología de un hospital general.

Es un estudio observacional.

Material y Método: Se calculó el tamaño de la muestra esperando una frecuencia de alexitimia del 20% con un nivel de potencia de la prueba de 95% y con un margen de error del 12% lo que resultó $n = 42$. Se excluyeron a los pacientes con cualquier otro diagnóstico médico, quirúrgico o psiquiátrico, o que fueran analfabetas.

Se les aplicó la escala TAS-20 (Escala de Toronto modificada validada en México) con una confiabilidad calculada con el coeficiente α de Cronbach de 0.875 correspondiente al 87.5%. Y también se obtuvo un cuestionario sociodemográfico que incluyó género, edad, escolaridad, estado civil, religión y lugar de residencia.

Resultados: Se incluyeron a 45 pacientes, 37 femeninos y 5 hombres, con una edad promedio de 61.5 años y 52.1 años respectivamente. La mayor parte de la muestra sólo había completado estudios de primaria (62%). La mayoría estaba casada(o) 53.3%, seguido de ser viuda(o) 33.3%, soltera(o) 8.9% y vivir en unión libre 4.5%. La religión predominante fue la católica con un 97.8%.

Toda puntuación por encima del punto de corte ($=49$) en la TAS-20 se consideró como alexitimia.

28 pacientes (62.22%) de la muestra tuvieron puntuación correspondiente a alexitimia, sobrepasando considerablemente el 13% que se encuentra reportado en la población general.

Conclusión: Se confirmó que las personas con HAE presentan una frecuencia de alexitimia más elevada que la población general. Esto significa que tienen una respuesta simpática tónica amplificada como respuesta al estrés psicosocial.

El educar a la población con fin de que verbalicen sus sentimientos ayudará a la prevención de varias enfermedades, en especial las que implican un riesgo cardiovascular.

ANTECEDENTES

La dificultad para distinguir entre “emociones” (construcciones verbales) y experiencias somáticas, es decir la incapacidad para usar el nivel del lenguaje verbal y trascender mas allá del mero lenguaje corporal, la cual caracteriza a la alexitimia, nos remonta a los trabajos de Bruno Snell (1930, 1961, 1962, 1981), los cuales nos pueden dar herramientas valiosas para comprender el fenómeno alexitímico desde un particular punto de vista (16). En su trabajo, *Die Entdeckung des Geistes* (El Descubrimiento De La Mente 1948), el autor nos demuestra que en el mundo de Homero la vida interna de uno aún no tenía una existencia reconocida. Lo interno y lo externo se encontraban mezclados. El hombre estaba formado de una gran cantidad de aspiraciones más o menos localizadas en su cuerpo, las cuales no constituían una entidad espiritual. Los sentimientos de ese tiempo se reducían al sufrimiento y al placer, ambos relacionados de una forma muy cercana a una reacción física más que a los sentimientos mismos.

El término alexitimia acuñado por Sifneos en los años setenta (1973) se refiere a un patrón de conducta que se había observado anteriormente en pacientes con trastornos psicósomáticos. (14)

Él sugirió que los pacientes alexitímicos eran incapaces de describir o diferenciar sentimientos, carecían de fantasías en relación a sus impulsos o sentimientos, y manifestaban un contenido de pensamiento caracterizado por la preocupación sobre los detalles de los objetos o los eventos externos. Emocional – y cognitivamente hablando, estos pacientes parecían carecer de una vida personal en su interior. El individuo alexitímico es incapaz de verbalizar sus experiencias emocionales.

A pesar de que este fenómeno ya se había observado, no fue hasta que se le dio un nombre, que se convirtió en un tema al cual se enfocó la investigación y la clínica. (14)

La alexitimia, es un término multidimensional que se define como la dificultad para identificar y describir sentimientos, dificultad para diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales, una escasez de fantasías y un estilo cognoscitivo enfocado a lo externo. (5)

Estas características se han observado en pacientes con somatización (síntomas físicos médicamente sin explicación aparente).

MacLean notó hace ya 50 años en sus reportes de pacientes con trastornos psicósomáticos, alteraciones en la capacidad intelectual de verbalizar los sentimientos. Por lo que sugirió que en vez de encontrar expresiones y descargarlas utilizando simbolismos en forma de palabras y una conducta apropiada, los “sentimientos” se traducían en un tipo de “lenguaje orgánico” (12). También propuso alteraciones entre las conexiones neurales entre el sistema límbico y la neocorteza, mismas que con la tecnología actual podrían ser estudiadas.

Wilhelm Shekel, utilizó desde los años treinta el término “somatización“ para referirse a los conflictos que no se perciben psicológicamente o no pueden expresarse de manera verbal.

Actualmente la alexitimia se ha convertido en objeto de investigación, por lo que se ha convertido en tema de un notable cuerpo de literatura, de la cual gran parte se ha dedicado a la construcción de escalas de medición y su aplicación a la investigación clínica. (16) Como resultado, se ha visto no sólo que la alexitimia puede ser medida como una abstracción clínica confiable, sino indica que tiene significancia estadística en relación con diferentes variables conductuales y psicológicas.

Sin embargo, no todos los estudios han contribuido a entender cómo el estrés psicológico lleva a una enfermedad somática, acertijo que ha sido en el pasado la preocupación central de investigadores dedicados a los trastornos psicósomáticos, quienes tomaban la teoría psicodinámica para explicar su modelo. Las formulaciones pasadas, se basaban en la génesis de los síntomas psiconeuróticos tomando su explicación directamente de la psicodinamia que postula que conflictos inconscientes que involucran afecto y fantasías patológicas intervenían entre el ambiente estresante y la producción de diferentes enfermedades psicósomáticas. Sin embargo, al observar cuidadosamente a los pacientes psicósomáticos las características de la alexitimia se hicieron evidentes, lo que invalidó el modelo psicológico. Se observó que estos pacientes en vez de poseer una vida interna de afectos y fantasías, más bien tienen un déficit en la capacidad para experimentar, diferenciar y describir sentimientos y una pobre habilidad de crear fantasías. La consecuencia por lo tanto, es que el estrés se transforma directamente en una alteración somática sin la intervención de la elaboración psicológica que caracteriza la formación de los síntomas neuróticos.

Por lo tanto, este déficit en la asimilación y procesamiento intrapsíquico e interpersonal de las experiencias afectivas podría tener reforzar la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica al mismo tiempo que impediría asimilar cognoscitivamente el hecho emocional. (17)

La alexitimia se ha atribuido a la alteración en el funcionamiento neurobiológico; existen diferentes estudios en los cuales han encontrado alteraciones a diferentes niveles, unos en el cuerpo calloso, otros en el hemisferio cerebral derecho, en la corteza anterior del cíngulo o en la corteza orbitofrontal. (11)

Basándose en los hallazgos previos, a mediados de los 80's, se postuló que la alexitimia se relaciona con enfermedades porque produce hiperexcitación del sistema nervioso simpático ante situaciones estresantes.

Pacientes con lesiones en el cuerpo calloso pueden presentar mayor actividad simpática, ya que pueden verse afectados por distintas situaciones sin tener

una explicación de sus sentimientos. Por lo tanto, experimentan estrés por un tiempo más prolongado así como una sobreexcitación psicológica.

Se ha asumido que la alexitimia producida por una alteración en la función del cuerpo calloso se asocia a diferentes enfermedades psicosomáticas. Esta asociación pudiera ser el resultado de malinterpretar las sensaciones somáticas que acompañan a la excitación emocional. (11)

Datos obtenidos de pacientes con daño hemisférico derecho sugieren fuertemente que el hemisferio derecho se encuentra muy relacionado con el sistema nervioso autónomo, que es parte de los componentes de la respuesta fisiológica y automática de las emociones (11).

Aparentemente la excitación cerebral es mediada por la norepinefrina (NE), vía que cuenta con gran inervación del hemisferio derecho. Con base en esto, se esperaría que en la alexitimia producida por un déficit cerebral derecho hubiera una respuesta fisiológica disminuida.

Por otro lado, se ha demostrado a través de electroestimulación de la corteza orbitofrontal resulta en un gran número de respuestas autonómicas y endócrinas, por lo que una lesión de esta área produce disminución en la respuesta fisiológica mediado por la vía dopaminérgica.

Se sabe que el hemisferio derecho se encuentra más involucrado que el izquierdo en aspectos emocionales.

En algunos estudios se ha encontrado que la alexitimia se encuentra distribuida en la población general tanto en hombres como en mujeres con una prevalencia total de 13%. (9)

En otro estudio realizado en ancianos con una edad promedio de 72 años se encontró una prevalencia del 34%. (8). Finalmente en otro estudio realizado en jóvenes de 31 años, la prevalencia total encontrada fue del 14%.

Esto sugiere la existencia de una asociación entre la edad y la alexitimia, en cuanto una asociación con la escolaridad hay variabilidad, pero las personas con una baja escolaridad tienden a registrar niveles más altos de alexitimia. (13)

Pasando a la hipertensión, alrededor del 10% de nuestra población padece HAS, y ya ha sido demostrada una fuerte correlación entre valores elevados de TA (ya sea sistólica o diastólica) con un alta morbilidad y mortalidad.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es la elevación anormal de la tensión arterial (TA), y su diagnóstico se hace en adultos mayores de 18 años y se toma el promedio de 2 o más mediciones de la TA en al menos 2 visitas consecutivas siendo los valores de referencia mayor de 90 mmHg para la diastólica y mayor de 140 mmHg para la sistólica.

La hipertensión arterial esencial ocupa el 90% de los casos de hipertensión. Representa una de las enfermedades con base genética en la que se heredan varias anormalidades bioquímicas. Los fenotipos resultantes se ven

alterados por varios factores ambientales que influyen la severidad de la elevación de TA y la edad de inicio.

De los factores patofisiológicos implicados se encuentran la actividad del sistema nervioso simpático, la cual se ve influenciada por la exposición a estrés psicosocial. Un aumento en la actividad simpática aumenta la TA y contribuye al desarrollo de la hipertensión a través de la estimulación del corazón, aumento del gasto cardiaco por la vasculatura periférica y los riñones, la resistencia vascular y la retención de líquido.

En el estudio realizado por Friedlander y cols., encontraron que la alexitimia se asocia con una excitación fisiológica (actividad simpática) aumentada, la cual se midió a través de la tensión arterial y la actividad electrotérmica. (7) Estos efectos fueron tónicos (y estables) más que reactivos.

Estudios como el CARDIA han demostrado una asociación entre la frecuencia cardiaca y el desarrollo de la hipertensión. Casi toda la evidencia en humanos sostiene que un aumento en la frecuencia cardiaca se debe a una disminución del tono parasimpático, lo que demuestra que una alteración en el sistema nervioso autónomo contribuye a la patogénesis de la HAS. (15)

La HAE ha sido asociada con varios factores de personalidad, aunque los investigadores no estén completamente de acuerdo con la significancia de los mismos. Pero una hipótesis permanente es que los individuos que reprimen sus sentimientos, en especial el enojo crónico, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar HAE. (18)

En 1984 algunos estudios en pacientes hipertensos ya reportaban la dificultad para identificar y describir sentimientos, una actividad para la fantasía restringida, características ligadas al constructo de la alexitimia.

Paulson en 1985 investigó a 53 pacientes hipertensos con el "Beth Israel Questionnaire" calificado por el observador y encontró una prevalencia de alexitimia del 41%. (18)

Las primeras escalas desarrolladas con el fin de cuantificar las características de la alexitimia no lograron tener confiabilidad y validez, hasta que se desarrolló la primera escala de Toronto, originalmente compuesta por 26 ítems.

Posteriormente se desarrollaron 3 versiones más con el fin de mejorar las propiedades psicométricas. Estas versiones fueron la TAS, la TAS-R y la TAS-20. (4)

Cada una de éstas difiere entre sí por el número total de ítems. Sin embargo las tres versiones comparten 3 factores:

- I) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales (definido por los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14)
- II) dificultad para describir los sentimientos (definido por los ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y

- III) el pensamiento orientado hacia lo externo (definido por los ítems 5, 8, 10, 15,16, 18, 19 y 20). (13)

La TAS – 20 es un autoinforme compuesto por 20 ítems con una respuesta de tipo likert de 5 puntos que muestra desde el total acuerdo, al total desacuerdo con cada enunciado. La puntuación total va del 20 al 100, y mientras más alta sea la puntuación por del punto de corte (=49), mayor será el grado de alexitimia.

La escala fue luego traducida en Uruguay.

En México (1997) se llevó a cabo la validación y estandarización de una versión española de esta escala. La confiabilidad se calculó con el coeficiente α de Cronbach obteniendo un $\alpha = 0.875$ que corresponde al 87.5%. En este estudio sólo se pudieron separar los factores I y III. La varianza calculada para estos dos factores fue de 40.8%. La comunalidad se calculó por el método de mínimos cuadrados, y el resultado ($h^2 = 0.413$) representa 41.3% de la varianza total. Con esto se pudo concluir que la escala aplicada en la población mexicana satisface los criterios de validez y confiabilidad. (17)

Esta validación permite ahora iniciar la investigación de la frecuencia con la que se pudiera presentar la alexitimia como característica psicopatológica en una entidad patológica con gran impacto en la salud pública de nuestro país como lo es la Hipertensión Esencial, también llamada el “asesino silencioso”.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Establecer la frecuencia de alexitimia en pacientes con hipertensión arterial esencial.

JUSTIFICACION

Se basó en el conocimiento de los factores psicológicos que pueden elevar la respuesta simpática de forma aguda, y al no encontrar la forma de expresarlos pueden perpetuar esta elevación contribuyendo al desarrollo de la hipertensión.

Los trastornos del funcionamiento mental y del comportamiento pueden ser explicados y modificados a través del conocimiento de la neurofisiología y la bioquímica del sistema nervioso central.

El comportamiento es el resultado de la actividad cerebral, y también el producto de la interacción entre factores genéticos y del desarrollo por un lado, y procesos de aprendizaje por el otro. Las conexiones neuronales se adaptan al ambiente externo como a los cambios en el interior del organismo. (2)

El enfoque actual en psiquiatría como en medicina debería derivarse de la "identidad mente-cuerpo" que reconoce que los procesos mentales y los procesos físicos están en asociación continua.

Al estar rotando en Psiquiatría de enlace nos podemos dar cuenta de cómo los factores psicológicos pueden modificar la evolución de las enfermedades orgánicas, aunque esto no es fácil de aceptar por el resto de los médicos.

Si lo anterior lo pudiéramos modificar, se podrían dirigir recursos en el terreno de la prevención por medio de una buena capacitación para verbalizar los conflictos emocionales con fines profilácticos que limiten la asociación estrés y afecciones físicas.

OBJETIVO

Establecer la frecuencia de alexitimia en pacientes con HAE.

HIPOTESIS

Si la alexitimia se asocia a valores más elevados de TA debido a que estos individuos presentan una hiperexcitación simpática tónica (7), entonces la frecuencia de personas con alexitimia será más elevada que la que se ha reportado en la población general.

DISEÑO

Fue un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.
Se aplicó la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto validada en México (17) y una encuesta demográfica.

MATERIAL Y METODOS

Universo de estudio

Se seleccionaron todos pacientes que en forma consecutiva acudieran solamente con el diagnóstico de HAE de la consulta externa de cardiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Se revisó la historia clínica y los resultados de laboratorio (BHC, QS, PFH y EGO) para descartar comorbilidad asociada, y se confirmaron los datos a través de entrevista directa con el paciente.

Tamaño de la muestra:

Esperando una frecuencia de alexitimia del 20% con un nivel de potencia de la prueba de 95% y con un margen de error del 12% el número total de casos $n = 42$.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de cualquier género, mayores de edad (25-90 años) con diagnóstico de HAS. (TA > 140/90 mmHg)
- Aceptar de forma voluntaria participar en el estudio.
- Alfabetas (mínimo primaria)

Criterios de exclusión

- Presencia de cualquier otro diagnóstico quirúrgico, médico o psiquiátrico.
- analfabetas

VARIABLES:

***Dependientes** (ordinales): \Rightarrow **Alexitimia**. En función de puntaje de .TAS-R.

* Independientes:	Género	(dicotómica).
	Edad	(numérica).
	Escolaridad	(nominal).
	Estado Civil.	(categórica).
	Religión	(nominal)
	Residencia	(nominal).

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se aplicó la encuesta demográfica y la TAS-20 a pacientes que cumplieron con el diagnóstico de HAE captados en la consulta externa de cardiología y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

La encuesta sociodemográfica consta de los siguientes elementos: sexo (masculino/femenino), edad (años cumplidos), escolaridad (primaria/ secundaria/ preparatoria/ carrera técnica/ licenciatura/ postgrado), estado civil (soltero, casado, divorciado o separado, viudo y unión libre), religión (católico, protestante y otras), lugar de residencia (DF, Estado de México o provincia).

Aunque la TAS - 20 se considera una escala de autoaplicación, en este estudio se aplicó por el investigador cerciorándose de que los participantes comprendieran cada uno de los reactivos.

VALIDACION DE DATOS

Se correlacionaron los promedios de las edades de ambos grupos divididos por género a través de *t de student*.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Una vez completada la muestra se hizo el análisis estadístico empleando: Frecuencias relativas, índices de tendencia central e índices de dispersión y se expresaron en tablas y gráficas.

RESULTADOS

La tabla 1 resume los resultados de la muestra que se describirán a continuación:

Se incluyeron un total de 45 pacientes de los cuales 37 (82.2% de la muestra) fueron femeninos y 8 (17.8% de la muestra) fueron masculinos.

El rango de edad entre las mujeres fue de 39 a 88 años, con una media de 63.84 años y una desviación estándar de 11.73 años. En cuanto a los hombres, el rango de edad fue de 25 a 77 años, con una media de 60.25 años y una desviación estándar de 19.51. (Gráfico 1) La *t student* fue = 0.501 por lo que no hay significancia estadística de acuerdo al género.

La escolaridad se dividió en los siguientes rubros: 1) primaria, 2) secundaria, 3) preparatoria, 4) carrera técnica y 5) licenciatura.

Del total de la muestra 28 (62.2%) completaron la primaria, 4 (8.9%) completaron la secundaria, 2 (4.5%) completaron la preparatoria, 2 (4.5%) tenían una carrera técnica y 9 (20%) tenían una licenciatura. (Gráfico 2)

Se graficó el total de la muestra, mostrando la relación entre alexitimia y el grado de escolaridad, encontrando que a menor grado de escolaridad mayor alexitimia. (Gráfico 7)

La mayor parte de la muestra eran casados(as) con un total de 24 (53.3%) pacientes, seguido de 15 viudos(as) (33.3%), 4 (8.9%) solteros(as) y 2 (4.5%) viven en unión libre. En esta muestra no hubo pacientes divorciados. (Gráfico 3)

En cuanto a la religión que predominó fue la católica con un total de 44 (97.8%) pacientes y sólo 1 (2.2%) paciente protestante. (Gráfico4)

Y finalmente la mayor parte de la muestra residía en el DF con un total de 40 (88.9%) pacientes y sólo 5 (11.1%) residían en el Estado de México. No hubo participantes de provincia. (Gráfico 5)

El punto de corte está establecido en 49.

La media de la puntuación de la escala se calculó en 50.653 con una desviación estándar de 12.693.

Los resultados de la muestra quedaron de la siguiente manera:

17 (37.78% de la muestra) pacientes obtuvieron una calificación menor a 49 y 28 (62.22% de la muestra) mayor a 49. (Gráfico 6)

TABLA 1. Datos demográficos

		n	%	RANGO DE EDAD	MEDIA	SD
GENERO	masculino	8	17.80%	25 - 77	60.25	19.51
	femenino	37	82.20%	39 - 88	63.84	11.73
ESCOLARIDAD	primaria	28	62.20%			
	secundaria	4	8.90%			
	preparatoria	2	4.50%			
	carrera tec.	2	4.50%			
	licenciatura	9	20%			
ESTADO CIVIL	casado(a)	24	53.30%			
	viudo(a)	15	33.30%			
	solteros(as)	4	8.90%			
	unión libre	2	4.50%			
RELIGIÓN	católica	44	97.80%			
	protestante	1	2.20%			
RESIDENCIA	DF	40	88.80%			
	EDO. MEX	5	11.10%			

TABLA 2. Porcentaje de la muestra con alexitimia

	n	%
CON ALEXITIMIA	28	62.22%
SIN ALEXITIMIA	17	37.78%

Gráfico 1

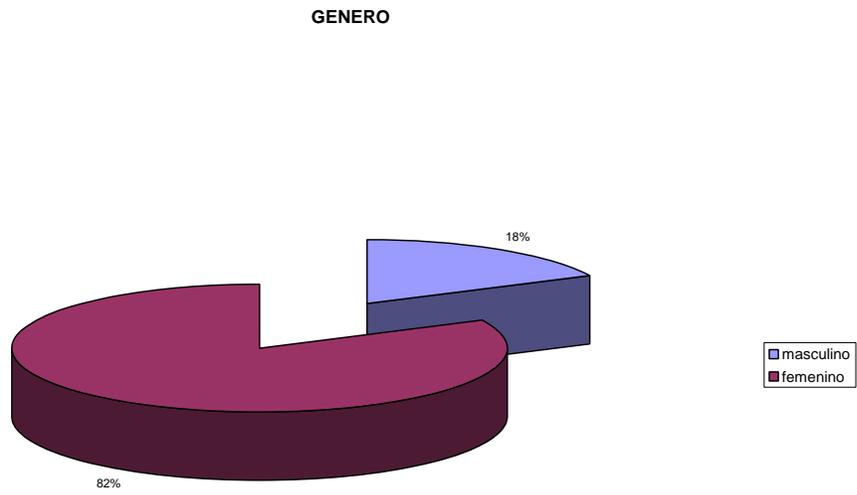


Gráfico 2

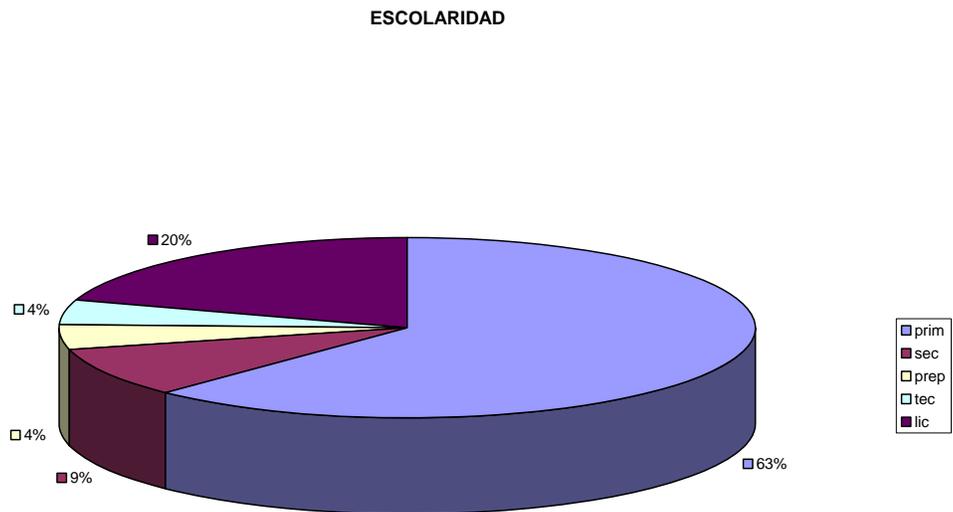


Gráfico 3

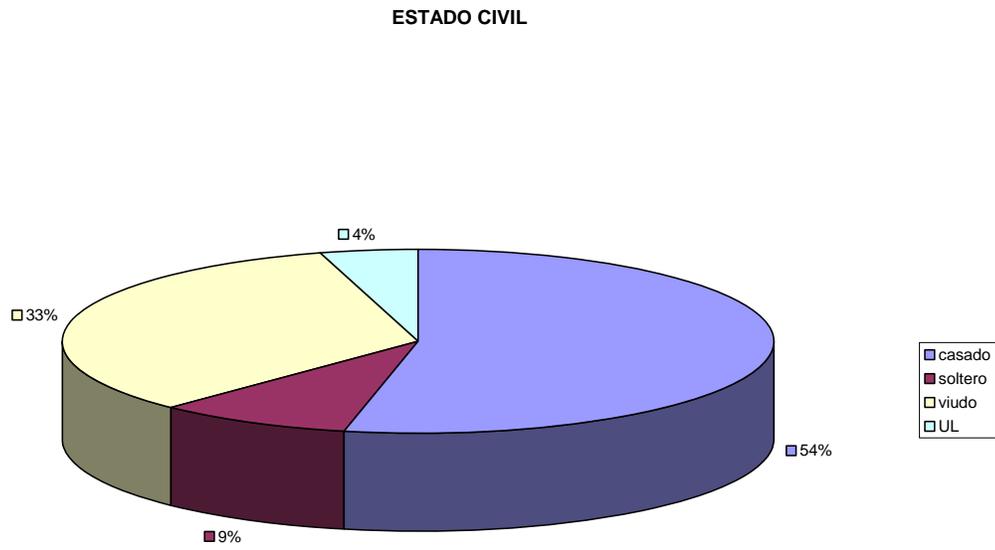


Gráfico 4

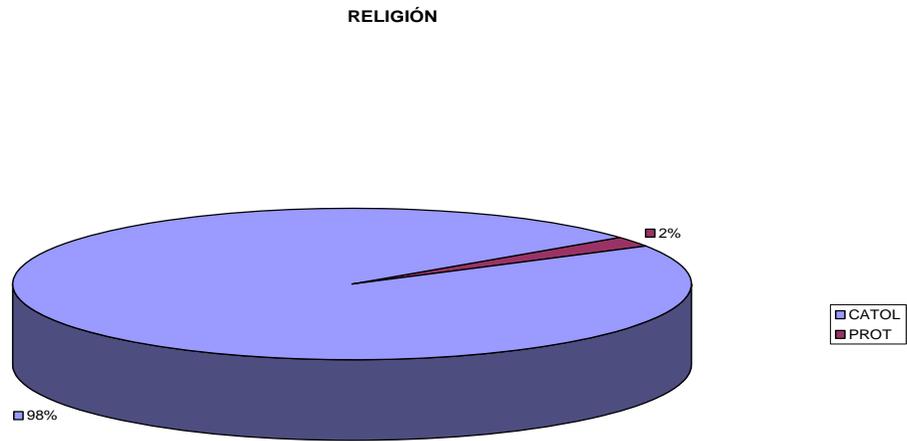


Gráfico 5

LUGAR DE RESIDENCIA

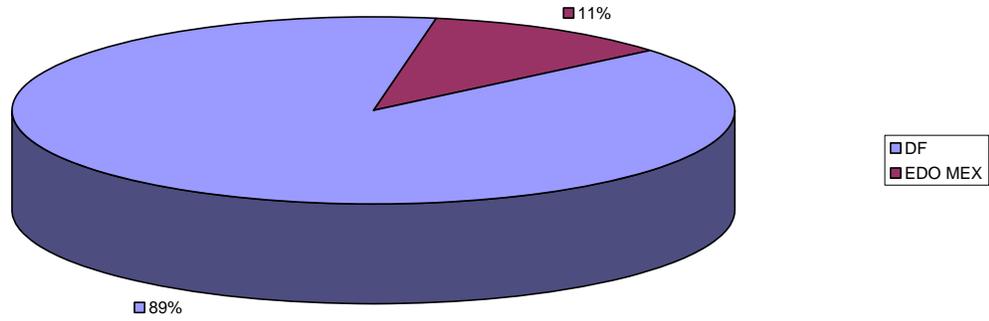


Gráfico 6

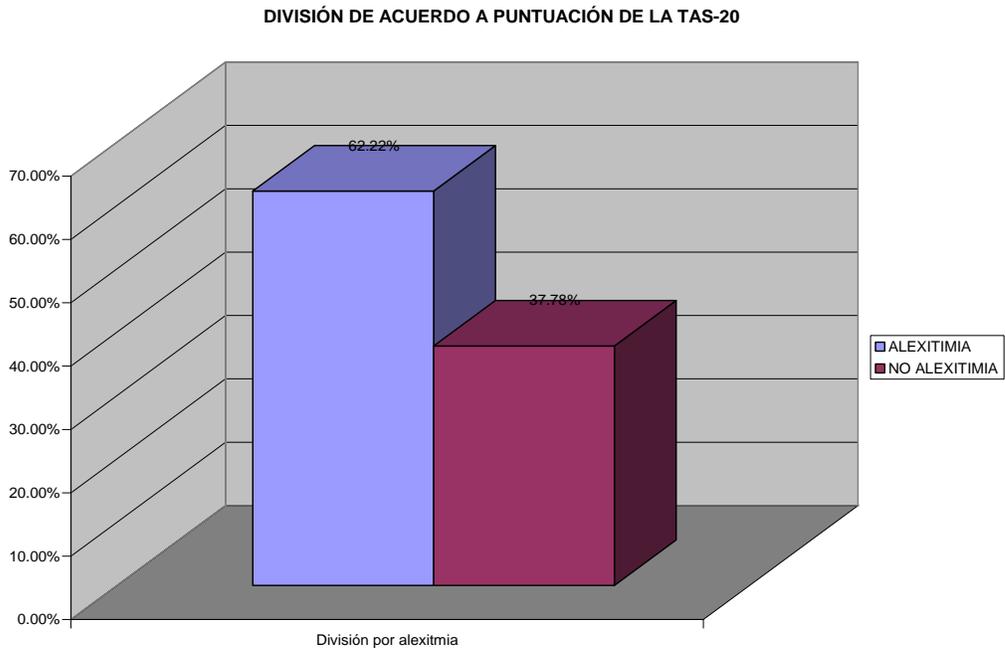
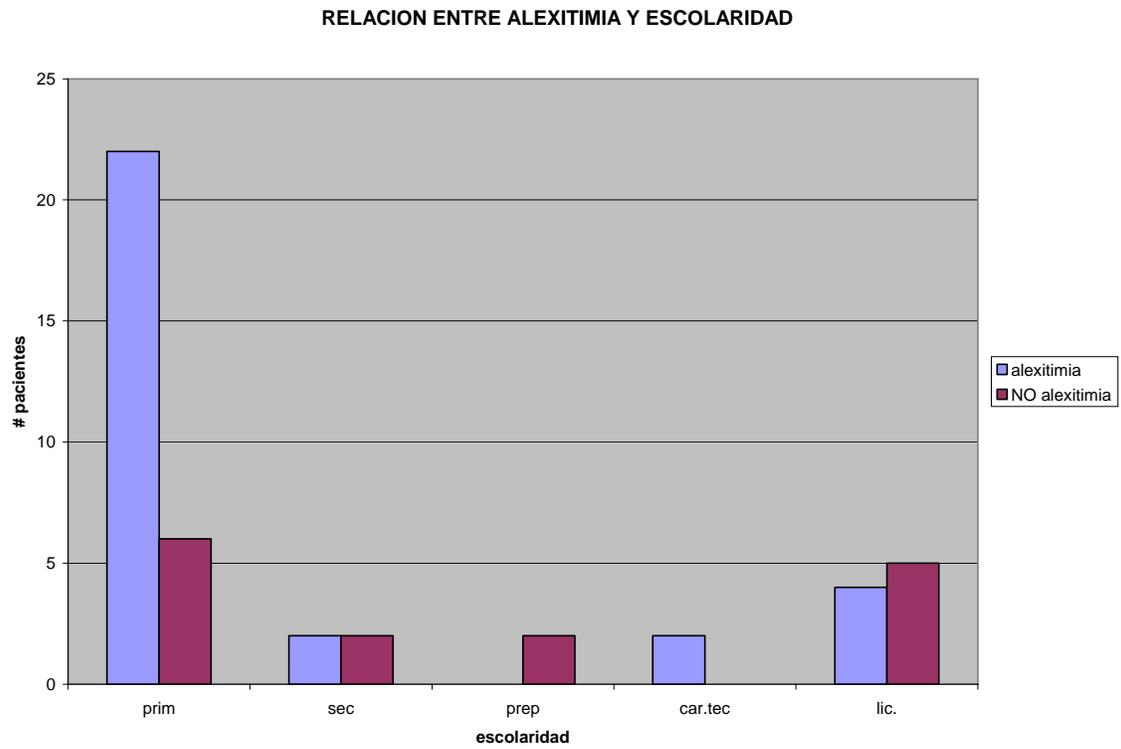


Gráfico 7



DISCUSION

Se entrevistó un total de 45 pacientes de la consulta externa de cardiología con diagnóstico de HAE que cumplieron con los criterios de inclusión. La escala utilizada fue la TAS-20 versión española validada en población mexicana. A pesar de ser una escala autoaplicable se decidió aplicarla a cada uno de los pacientes ya que de acuerdo al nivel de escolaridad puede llegar a ser complejo el entendimiento de cada uno de los ítems.

En esta muestra predominó el género femenino ocupando el 82.2% del total de la muestra. En cuanto a la escolaridad más de la mitad de la muestra (62.2%) tenía estudios a nivel primaria seguido de un 20% que tenían licenciatura. El estado civil predominante fue casado consistiendo en 53.3% seguido de la viudez con 33.3%. En nuestro medio como era de esperarse el 97.8% de la muestra correspondió acatólicos y residentes del DF 88.9%

Aunque se encuentra descrito que los hombres tienen una frecuencia más elevada de alexitimia en este estudio no se pudo comparar debido a que predominó la muestra del género femenino. La razón fue porque la mayor parte de los pacientes que acudieron a la consulta externa de cardiología y que cumplían con los criterios de inclusión de no tener comorbilidad fueron mujeres. No fue posible reclutar a más pacientes masculinos por razones de tiempo.

Al contar con más de la mitad de la muestra sólo con estudios a nivel primaria, al correlacionar el grado de estudios con la alexitimia se encontró que el número de pacientes con alexitimia predominó en este grupo. Al compararlo con el grupo con estudios a nivel licenciatura, el otro grupo predominante, se encontró exactamente lo contrario. (Gráfico 7)

La escolaridad es una variable importante ya que se ha descrito que a menor nivel de estudios se tiende a obtener puntuaciones más altas en la escala (13), una de las explicaciones encontradas fue que el nivel de escolaridad es directamente proporcional a la capacidad de abstracción necesaria para analizar los ítems.

La frecuencia de alexitimia en esta muestra fue del 62.2% siendo una frecuencia mucho más elevada que la del 13% que se encuentra reportada en la literatura para la población general (9).

Lo que confirma la hipótesis planteada al inicio del estudio en donde se planteó que la frecuencia de alexitimia en personas con HAE sería más elevada que la que se ha reportado para la población general. De acuerdo a la fisiopatología de la HAE estos individuos presentan una hiperexcitación simpática tónica como resultado de una respuesta amplificada al estrés psicosocial al no contar con la capacidad de asimilar y procesar a nivel intrapsíquico y personal las experiencias afectivas. (7,9)

CONCLUSION

Ya se sabe que los procesos mentales y físicos se encuentran en relación continua, por lo que el médico en general, sin importar su especialidad, debe de tener en cuenta este enfoque en la atención de todos sus pacientes.

Desde hace más de medio siglo Mac Lean ya había reportado que los pacientes con trastornos psicósomáticos presentaban una incapacidad intelectual para verbalizar sus sentimientos, por lo que éstos se traducían en un tipo de lenguaje somático (12).

En este estudio se encontró que efectivamente los pacientes con HAE presentaron una frecuencia más elevada de alexitimia que la que se encuentra reportada para la población en general.

Debemos seguir estudiando este fenómeno para poder educar a la gente con el fin de ayudar a verbalizar sus sentimientos lo que ayudaría a la prevención de varias enfermedades, entre ellas las que implican riesgo cardiovascular y con esto mejorar la salud en general.

BIBLIOGRAFIA

1. Antti J, Jouko SK, Simo S. Alexithymia: A Facet of Essential Hypertension. *Hypert* 1999; 33: 1057 – 1061.
2. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. Twenty- item Toronto Alexithymia Scale–I: Item selection and cross-validation on the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23 – 32,
3. De Gucht V. Stability of Neuroticism and Alexithymia in Somatization. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 466 – 471.
4. De Gucht V., Heiser W. Alexithymia and somatization. A quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003; 54: 425- 434.
5. Duddu V., Isaac MK, Chaturverdi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003; 54: 435- 438.
6. Fahrer R 5.1 Consideraciones históricas y conceptuales en psiquiatría y medicina en: Gelder MG. *Tratado de Psiquiatría*, Ars Medica, Barcelona 2003. pp: 1276-1277.
7. Friedlander L., Lumley MA, et al. Testing the alexithymia hypothesis: Physiological and subjective responses during relaxation and stress. *J Nerv Mental Dis* 1997; 185:233-239.
8. Joukamaa M, Saarijärvi S, Muuriaisniemi ML. Alexithymia in normal elderly population. *Compr Psychiatry* 1996; 37:144-147.
9. Jouko SK, Simo S, et al. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46:75-82.
10. Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1083 – 1090.
11. Larsen JK., Brand N, et al. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res* 2003; 54: 533-541.
12. MacLean PD. Psychosomatic disease and the “visceral Brain”. *Psychosom Med* 1949; 11: 338.
13. Moral de la Rubia J, Retamales Rojas R. Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Rev Electron Psicol.* 2000; 4.
14. Nemiah, John C. Alexithymia: Present, Past and Future? [Editorial Comment]. *Psychosom Med* 1996; 58: 217-218.
15. Oparil, Suzann; Zaman, Amin; Calhoun. Pathogenesis of hypertension. *Ann Inter Med* 2003; 139: 761-776.
16. Pérez Rincón H. Alexithymia considered as a survival of an archaic structure of language. Importance of Bruno Snell’s theories. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry.* Vol XIII – No. 3/97: 159-160.
17. Pérez Rincón H., Cortés J., Ortíz S., Peña J., Ruíz J., Díaz Martínez A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de alexitimia de Toronto. *Salud Mental* 1997; 30 – 34.

1. Todarello O., Taylor GJ, Parker JDA, and Fanelli M. Alexithymia in Essential Hypertensive and Psychiatric Outpatients: A Comparative Study. *J. Psychosomatic Res* 1995; 39: 987 – 994.

ANEXOS

1. ESCALA DE TORONTO PARA ALEXITIMIA
2. DATOS DEMOGRAFICOS
3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCALA DE TORONTO PARA ALEXITIMIA

	FUERTEMENTE DESACUERDO	MODERADAMENTE DESACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	MODERADAMEN TE DE ACUERDO	FUERTEMENTE DE ACUERDO
1. A menudo estoy confuso sobre lo que siento					
2. Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento					
3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden					
4. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos					
5. Prefiero analizar los problemas antes que describirlos					
6. Cuando alterado no sé si estoy triste, asustado o enojado					
7.- A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales					
8. Prefiero dejar que las cosas pasen que entender por qué son de esa manera					
9. Tengo sentimientos que no identifico completamente					
10. Sentir sus emociones (saber y estar consciente) de sus sentimientos es muy importante					

	FUERTEMENTE DESACUERDO	MODERADAMENTE DESACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	MODERADAMEN TE DE ACUERDO	FUERTEMENTE DE ACUERDO
11. Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas					
12. La gente me pide que describa más cómo me siento					
13. No sé lo que sucede dentro de mí					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado					
15. Prefiero hablar con la gente sobre sus actividades cotidianas o diarias antes que de sus sentimientos					
16. Prefiero ver espectáculos suaves o ligeros que dramas psicológicos					
17. Es difícil para mí revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más ceranos					
18. Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio					
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20. Buscar significados ocultos o profundos en películas u obras teatrales no te deja disfrutarlos					

DATOS DEMOGRAFICOS

NOMBRE _____

—

Edad _____ Sexo _____

Lugar de residencia: DF () Provincia ()

Escolaridad: primaria (), secundaria (), preparatoria (),
técnica (), licenciatura () o postgrado ()

Estado civil _____

Religión _____

Calificación en TAS-20 _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROTICOLO: frecuencia de alexitimia en pacientes con hipertensión arterial esencial que acuden a la consulta externa de un hospital general.

Por medio del presente yo _____ he sido informado que padezco hipertensión arterial esencial (HAE) y que en este Hospital General "Dr. Manuel Gea González" se está llevando a cabo un proyecto de investigación para determinar la frecuencia de un fenómeno llamado alexitimia, el cual se define como la dificultad para identificar y describir sentimientos, dificultad para diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales, una escasez de fantasías y un estilo cognoscitivo enfocado a lo externo.

Hoy en día se sabe que existen factores psicológicos que pueden elevar la presión arterial de forma aguda, y al no encontrar la forma de expresarlos pueden perpetuarla, así que si esto se pudiera modificar, podría ser capacitado para verbalizar los conflictos emocionales con el fin de limitar la asociación estrés – HAE.

El objetivo es establecer la frecuencia de alexitimia en pacientes con HAE en una muestra de nuestra población.

Se me ha informado que mi participación consistirá en llenar una hoja con datos demográficos y otra que contiene la Escala Modificada de Toronto (TAS-20) que en base a su puntuación define si tengo o no alexitimia.

Si decido no participar en este proyecto no afectará la atención que yo recibo en este hospital y se me aclaró que puedo abandonar el estudio cuando yo lo decida.

Se me ha asegurado que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y autorizo a los investigadores de este proyecto a difundir los resultados de esta investigación manteniendo siempre mi anonimato

Habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon todas las dudas que surgieron respecto a mi participación en este proyecto, **acepto participar** en el estudio titulado: Frecuencia de alexitimia en pacientes con hipertensión arterial esencial que acuden a la consulta externa de un hospital general.

Nombre del paciente

Firma

Fecha

Nombre del testigo

Firma

Fecha

Relación que guarda con el paciente Dirección

Nombre del médico investigador

Firma

Fecha