



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Laureate International Universities

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

“PRESENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN
PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE UN
CONSULTORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE QUITO.”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Psicólogo Clínico.

Profesor Guía:

Dr. Adrián Lozano Beltrán

Autor:

Bernardo Francisco Álvarez Vacas

Año:

2013

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Adrián Lozano
Médico Psiquiatra
1707082069

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Bernardo Álvarez

1720037108

RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de presencia de ansiedad y depresión en personas con síntomas psicósomáticos de un consultorio médico privado de atención primaria en salud. Se evaluó la presencia de síntomas psicósomáticos y su relación con ansiedad y depresión. **Método:** Es un estudio transversal-correlacional, realizado en 50 pacientes de 30 a 45 años. Se utilizó las escalas HAMD-17, HAMA y PHQ-15. Se realizó tablas de contingencia y la prueba X^2 para evaluar la independencia entre variables. **Resultados:** Los sujetos con depresión (46%) y ansiedad (40%) tenían promedios más altos de síntomas somáticos que los que no los presentaban. No hubo dependencia de variables en divorciados y en sujetos que no ejercían actividad laboral. **Conclusiones:** Se confirmó una asociación entre depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Se realizó un perfil de riesgo.

Palabras clave: Trastornos psicósomáticos, ansiedad, depresión, atención primaria.

ABSTRACT

Objective: To know the grade of presence of anxiety and depression in people with psychosomatic symptoms of a primary health care office. Therefore, the presence of somatic symptoms and their relationship with anxiety and depression were assessed in this document. **Method:** Based on a cross-sectional study, 50 patients within the ages of 30 to 45 are tested in September 2012. The instruments used for the data collection were the HAMD-17, HAMA and PHQ-15. A cross of variables methodology was performed; the X^2 was used to test the independence of the variables. **Results:** People with depression(46%) and anxiety(40%) had higher rates of somatic symptoms than patients without these symptoms. There was no dependence between variables in divorced and people without work activity. **Conclusions:** An association between depression, anxiety and somatic symptoms was confirmed.

Key words: Psychosomatic disorders, anxiety, depression, primary health care.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA | 4 |
| 1.1. Marco teórico referencial | 4 |
| 1.1.1. Teoría de la disregulación de Schwartz | 4 |
| 1.1.2. Enfoque psiconeuroinmunológico | 8 |
| 1.1.3. Estilo emocional negativo | 12 |
| 1.2. Discusión temática | 17 |
| 1.2.1. Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor | 17 |
| 1.2.2. La relación entre trastornos psicósomáticos, ansiedad y depresión | 19 |
| 1.2.3. Ansiedad, depresión y síntomas somáticos en mujeres sin trabajo remunerado | 20 |
| 1.2.4. La relación existente entre depresión, ansiedad y síntomas somáticos | 22 |
| 1.2.5. Depresión y síntomas somáticos en mujeres de mediana edad que acudieron a consulta de Atención Primaria | 23 |
| 1.2.6. Síntomas somáticos y depresión mayor en latinoamericanos | 24 |
| 1.2.7. Relación entre depresión mayor, síntomas físicos dolorosos y calidad de vida | 26 |
| 1.2.8. Relación entre síntomas somáticos con severidad de depresión, calidad de vida y el uso de los servicios de salud | 27 |
| 1.2.9. Estudio sobre la clínica y epidemiología de la ansiedad y la depresión | 29 |
| 1.2.10. Depresión, ansiedad y estrés en pacientes que acudieron a cuidados primarios de salud | 31 |
| 2. OBJETIVOS | 32 |
| 2.1. OBJETIVO GENERAL | 32 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 32 |

| | |
|--|-----|
| 3. HIPÓTESIS | 32 |
| 4. MÉTODO | 33 |
| 4.1. TIPO Y DISEÑO DE ENFOQUE | 33 |
| 4.2. MUESTRA/ PARTICIPANTES | 33 |
| 4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS | 34 |
| 4.3.1. Escala de depresión de Hamilton (HAM-D) | 34 |
| 4.3.2. Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A) | 35 |
| 4.3.3. Cuestionario de salud para pacientes (PHQ-15) | 36 |
| 4.4. PROCEDIMIENTO | 37 |
| 4.5. ANÁLISIS DE DATOS | 38 |
| 5. RESULTADOS | 42 |
| 5.1. SÍNTOMAS SOMÁTICOS | 45 |
| 5.2. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS | 48 |
| 5.2.1. Depresión y síntomas somáticos por género | 54 |
| 5.2.2. Depresión y síntomas somáticos por estado civil | 59 |
| 5.2.3. Depresión y síntomas somáticos con actividad laboral | 65 |
| 5.2.4. Pacientes con depresión y ansiedad | 71 |
| 5.3. ANSIEDAD | 74 |
| 5.3.1. Relación entre ansiedad y síntomas somáticos | 75 |
| 5.3.2. Relación entre ansiedad y síntomas somáticos por género | 81 |
| 5.3.3. Ansiedad y síntomas somáticos por estado civil | 87 |
| 5.3.4. Ansiedad y síntomas somáticos por actividad laboral | 93 |
| 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 99 |
| 7. REFERENCIAS | 104 |
| ANEXOS | 111 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Esquema sobre las etapas del modelo de disregulación. | 7 |
| Figura 2. Frecuencia de las edades de la muestra. | 43 |
| Figura 3. Género de los individuos de la muestra. | 43 |
| Figura 4. Nivel de instrucción de la muestra. | 44 |
| Figura 5. Estado civil. | 44 |
| Figura 6. Actividad laboral. | 45 |
| Figura 7. Niveles de somatización. | 46 |
| Figura 8. Promedio de síntomas físicos en pacientes con depresión. | 47 |
| Figura 9. Promedio de síntomas físicos en pacientes con ansiedad. | 47 |
| Figura 10. Recuento de los pacientes deprimidos. | 48 |
| Figura 11. Gráfico de dispersión de depresión y síntomas físicos. | 49 |
| Figura 12. Niveles de ansiedad en la muestra. | 74 |
| Figura 13 . Cantidad de personas con ansiedad. | 74 |
| Figura 14 . Gráfico de dispersión de ansiedad y síntomas físicos. | 75 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos | 50 |
| Tabla 2. Pruebas de chi-cuadrado | 50 |
| Tabla 3. Resultado del estadístico D de Somers | 52 |
| Tabla 4. Resultados de Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall | 52 |
| Tabla 5. Resultado del test exacto de Fisher | 53 |
| Tabla 6. Resultados de la evaluación del riesgo | 53 |
| Tabla 7. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por género | 55 |
| Tabla 8. Resultados de las pruebas de chi-cuadrado | 56 |
| Tabla 9. Resultados del estadístico D de Somers | 57 |
| Tabla 10. Resultados de los estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall | 58 |
| Tabla 11. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por estado civil | 61 |
| Tabla 12. Pruebas de chi-cuadrado por estado civil | 62 |
| Tabla 13. D de Somers | 63 |
| Tabla 14. Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall | 64 |
| Tabla 15. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por actividad laboral | 67 |
| Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado | 68 |
| Tabla 17. D de Somers | 69 |
| Tabla 18. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall | 70 |
| Tabla 19. Tabla de contingencia de pacientes que presentaron depresión y ansiedad a la vez | 72 |
| Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado | 72 |
| Tabla 21. D de Somers | 73 |
| Tabla 22. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c Kendall | 73 |
| Tabla 23. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos | 76 |
| Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado | 77 |
| Tabla 25. D de Somers | 78 |
| Tabla 26. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall | 79 |

| | |
|--|----|
| Tabla 27. Prueba exacta de Fisher | 80 |
| Tabla 28. Evaluación del riesgo | 80 |
| Tabla 29. Relación entre ansiedad y síntomas somáticos por género | 83 |
| Tabla 30. Pruebas de chi-cuadrado | 84 |
| Tabla 31. D de Somers | 85 |
| Tabla 32. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall | 86 |
| Tabla 33. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos por estado civil | 89 |
| Tabla 34. Pruebas de chi-cuadrado | 90 |
| Tabla 35. D de Somers | 91 |
| Tabla 36. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall | 92 |
| Tabla 37. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos por actividad laboral | 95 |
| Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado | 96 |
| Tabla 39. D de Somers | 97 |
| Tabla 40. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall | 98 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| ANEXO 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 114 |
| ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON | 116 |
| ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON | 117 |
| ANEXO 4: PHQ-15 | 118 |
| ANEXO 5: AUTORIZACION PARA EL USO DE LAS ESCALAS | 119 |

INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio del presente trabajo fue indagar sobre la presencia de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de pacientes que acudieron a servicio de atención médica primaria en consultorio privado.

Es común notar en cualquier ambiente a personas que presentan síntomas psicósomáticos, se habla de aquellas personas que presentan molestias físicas como por ejemplo, estomacales o que se quejan de que tienen acné porque están en época de exámenes en la universidad o colegio, que presentan dolores fuertes de cabeza después de una larga y tensa jornada de trabajo o que han sido diagnosticadas síndrome de intestino irritable y por coincidencia han estado pasando por una etapa estresante de su vida. A la final por el malestar que sienten acuden al médico para que les haga exámenes y éste, comprueba la existencia de una dolencia física asociada a factores psicológicos, como por ejemplo, la ansiedad y un cuadro de depresión.

Los síntomas psicósomáticos pueden estar asociados a otros factores aparte de la ansiedad y depresión como por ejemplo: la personalidad, la autoestima, el apoyo social y la alexitimia que es la incapacidad de entender o identificar lo que se siente, la persona no puede expresar en palabras sus propias emociones (González y Landero, 2008, p. 403). Muchos factores psicológicos pueden alterar el estado físico, influyen sobre la enfermedad retardando o malogrando un tratamiento; afectan el curso y evolución de la enfermedad poniendo en riesgo la salud (Kabanchik, 1996, párr. 6).

El miedo y la tristeza son emociones básicas de los seres humanos, en determinadas situaciones es saludable sentir miedo o tristeza como una forma de adaptación, la ansiedad y la depresión son manifestaciones clínicas de esas emociones que se convierten en un problema al perder su carácter adaptativo (Piqueras et al., 2008, p.47).

En el país en general y en especial en la ciudad de Quito no existen estudios específicos realizados, ni estadísticas sobre los síntomas psicósomáticos y su relación con la ansiedad y la depresión en personas consideradas sanas y no sanas.

Existen varios estudios realizados en otros países con respecto a esta temática, por ejemplo, se encontró el estudio de González, Landero y García-Campayo (2009, p.141) que fue aplicado en individuos que cursaban educación superior en el norte de México. Confirmaron la relación entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad, como resultado se observó que la intensidad de los síntomas psicósomáticos subió al mismo tiempo que crecían los niveles de ansiedad y depresión, ese estudio fue realizado en personas consideradas sanas.

Al no existir investigaciones sobre la temática a nivel local y al escuchar con frecuencia casos de personas que presentan síntomas psicósomáticos por alguna exigencia ambiental o situacional, nació el interés de aplicar este estudio en personas que acudían a consulta médica privada de atención primaria debido a que allí se abordan casos generales. La presente investigación es importante porque dentro de este contexto se tiende a enfocarse solo en los síntomas físicos y en curarlos sin tomar en cuenta la influencia de los factores psicológicos.

Este trabajo es un aporte al conocimiento a todos los profesionales y estudiantes que estén involucrados en el área de la salud con la finalidad de dar a conocer el grado de presencia de ansiedad y depresión en síntomas psicósomáticos dentro del contexto cultural ecuatoriano. Cabe señalar que solo se trata de un acercamiento para comprender la influencia de la ansiedad y depresión en la presencia de síntomas físicos. Es importante que los profesionales del ámbito de la salud conozcan la problemática para que puedan ayudar a sus pacientes, no solo aliviar sus molestias físicas sino también tomar en cuenta las psicológicas.

Para responder este cuestionamiento se evaluó la presencia de síntomas somáticos y su relación con depresión y ansiedad. El diseño y enfoque escogido para el estudio fue transversal de tipo correlacional con una muestra no probabilística e intencional de cincuenta personas con edades de 30 a 45 años que participaron voluntariamente. Las perspectivas teóricas seleccionadas fueron de gran utilidad como campo de conocimiento y guía del estudio, estas fueron: la teoría de la disregulación de Schwartz que sirvió como base, el enfoque psiconeuroinmunológico y el estilo emocional negativo. De estas dos últimas se tomó ciertos aspectos importantes que complementaron a la teoría base.

El proceso de recolección de datos se inició en septiembre de 2012. Los instrumentos utilizados para este proceso fueron las escalas HAMD-17 para la variable depresión, HAMA para la ansiedad y la PHQ-15 para síntomas somáticos. Las escalas mencionadas son ampliamente utilizadas alrededor del mundo. Para el tratamiento de los datos se realizó tablas de contingencia para cruce de variables con el paquete estadístico SPSS v.20, para comprobar hipótesis se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson (X^2) que sirvió para valorar la significación estadística y también los estadísticos ordinales Gamma y sus extensiones (D de Somers, Tau-b y Tau-c de Kendall) para confirmar la asociación entre variables. Se evaluó el riesgo mediante *odds ratio* (OR), se creó un perfil de riesgo de acuerdo a los datos de los antecedentes empíricos y del presente estudio. Los principales resultados dieron a conocer que la mayoría eran mujeres (82%; n=41), el 74% estaban casados (n=37) y el 84% trabajaban (n=42). Las personas con depresión tenían promedios más altos de síntomas somáticos con respecto a los que no tenían. El mismo fenómeno ocurrió con las personas que presentaron ansiedad. Las pruebas X^2 fueron significativas ($p < 0,05$) y los valores del estadístico Gamma se acercaban a 1.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA

1.1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Existen varias teorías etiológicas desarrolladas en distintas épocas para explicar los fenómenos psicosomáticos. Hay teorías generales como la de Schwartz y teorías específicas para cada trastorno como la del patrón de conducta tipo A en patologías coronarias. Para este estudio fueron seleccionadas las teorías más actuales que están relacionadas con el problema de estudio, se utilizó la “teoría de la disregulación” como base porque explica de una manera más clara, la interacción entre los componentes biopsicosociales en el surgimiento de la sintomatología psicosomática. Se tomaron los elementos más importantes de la “psiconeuroinmunología” y de la teoría del “estilo emocional negativo”.

1.1.1. TEORÍA DE LA DISREGULACIÓN DE SCHWARTZ

Schwartz, para plantear su modelo se basó en la cibernética y la teoría general de los sistemas. Explica que el organismo es un sistema autorregulado y puede afectarse (disregularse) cuando la comunicación entre las partes que componen el sistema se rompe. El organismo que es un sistema, está conformado por subsistemas como por ejemplo, el conductual y el biológico; a su vez el organismo forma parte de un suprasistema, que puede ser la comunidad donde pertenece el sujeto. Sistemas y subsistemas son unidades funcionales abiertas, esto quiere decir que están en constante interacción, esa conexión genera cambios en el funcionamiento y la estructura del organismo.

La teoría de la disregulación se basa en dos conceptos: la retroalimentación que es un proceso donde la información regresa al sistema regulador para estabilizar el sistema y la homeostasis, que es un proceso que mantiene las variables fisiológicas a límites necesarios para sobrevivir (González, Pérez y García, 2001, p.192).

El organismo conserva la homeostasis por medio de mecanismos de *feedback* que se producen entre el sistema nervioso y el resto del cuerpo. Los trastornos psicosomáticos aparecen ante una disregulación por exceso de demandas ambientales como el estrés y acontecimientos vitales o inadecuadas respuestas psicofisiológicas en el sistema nervioso (Jarne y Talarn, 2005, p.371). Cuando la homeostasis es amenazada, se produce un *feedback* negativo que activaría nuevamente un *feedback* corrector. El sistema puede verse afectado cuando la comunicación entre sus partes se rompe. A lo que se denomina *feedback* o retroalimentación en español, es un concepto cibernético que explica que cada uno de los elementos de una totalidad sistémica se comunican entre sí; siempre desarrollan interrelaciones, sin comunicación no hay orden ni totalidad. Esto ocurre en todo tipo de sistema ya sea físico, biológico y sociológico (Grun, s.f., párr. 28). La retroalimentación es el mecanismo de control que regula todo comportamiento.

Para entender la retroalimentación negativa se puede utilizar el siguiente ejemplo:

“Si una habitación se enfría y la temperatura baja por debajo de la marca establecida en el dial, el termostato pone en marcha la caldera, y la caldera sigue en funcionamiento hasta que la temperatura de la habitación vuelve a coincidir con la temperatura que marca el dial. Entonces el termostato apaga la caldera hasta que la temperatura de la habitación vuelve a bajar, y vuelve a necesitarse calor adicional” (Rifkin, 2004, p.283).

Con respecto a la retroalimentación positiva, Segarra (2006, p.13) explica que ésta acelera el cambio, causa inestabilidad. Es como un círculo vicioso, por ejemplo, cuando se tiene la garganta irritada la persona tose, la tos agudiza la irritación de la garganta.

Según Schwartz (1979, pp.582) la homeostasis es un mecanismo interno de retroalimentación negativa, encargada del mantenimiento de los órganos corporales. Para la cibernética es un *feedback* negativo porque apaga la

respuesta excitatoria con la finalidad de generar estabilidad. El cerebro puede ser visto como un actor biológico del sistema del cuidado de la salud, si el circuito de la retroalimentación negativa es alterado o se hace ineficaz, la autorregulación normal no ocurrirá y el sistema se desestabilizará. A esa inestabilidad el autor la denomina “disregulación”.

Schwartz (1979, p.584) plantea el modelo en 4 etapas:

- Etapa 1 (demandas del entorno): esto hace referencia a las exigencias externas al organismo. El cerebro ignora la retroalimentación negativa creada por determinado órgano debido a estímulos ambientales demasiado estresantes (Ver Figura 1, p. 7).
- Etapa 2 (procesamiento de la información en el Sistema Nervioso Central): el SNC controla la información externa e interna. La primera se refiere a las exigencias ambientales y la interna a los subsistemas biológicos. El cerebro puede estar condicionado por la cultura, la genética y el aprendizaje para responder inapropiadamente al estímulo externo y a la retroalimentación de ciertos órganos. El tipo de personalidad y el estilo de vida influyen en la vida del sujeto.
- Etapa 3 (órgano periférico): el órgano puede activarse por la estimulación neuronal u hormonal proveniente del cerebro. Por este motivo hay diferencias entre personas sobre el órgano afectado.
- Etapa 4 (retroalimentación negativa): la retroalimentación proveniente del órgano puede ser inapropiada, se vuelve poco efectiva. Al no responder apropiadamente a la retroalimentación negativa (etapa 4), el cerebro (etapa 2) falla para estabilizar la regulación del órgano y la disregulación ocurre (etapa 3). La disregulación puede ocurrir simultáneamente en varias etapas.

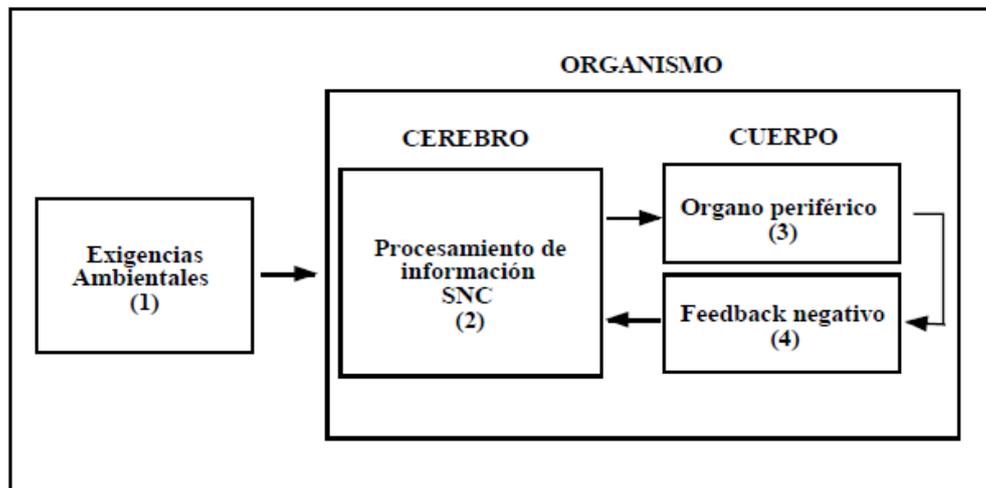


Figura 1. Esquema sobre las etapas del modelo de disregulación.

Tomado de Schwartz 1977 (citado en González et al., 2001, p.192)

Para un mejor entendimiento de las etapas de este modelo se encontró lo siguiente:

“Ante un ambiente inductor de estrés (1), el cerebro (2) tendría que realizar regulaciones para conocer las demandas ambientales y para activar y/o inhibir determinados sistemas corporales (3). Ante el daño de determinados tejidos, el cerebro recibiría un feedback negativo (dolor...) (4) a fin de que modificara su estrategia de regulación” (Clariana y De los Ríos, 2012, p.40).

1.1.2. ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO

La psiconeuroinmunología es la ciencia que estudia y analiza los mecanismos de comunicación de las funciones mentales con el sistema inmune, endocrino y sistema nervioso central que son los responsables de mantener la homeostasis del organismo. El lenguaje de esa comunicación entre los tres sistemas se da por sustancias que producen cada uno de ellos, por ejemplo, hormonas y neurotransmisores. Este enfoque explica que la enfermedad es el producto de la interacción de varios factores que pueden ser externos como los virus y las bacterias, también por factores internos (genéticos, emocionales) y factores psicosociales. Esta interacción se da por medio del sistema nervioso, endocrino e inmunológico. Las demandas ambientales estresantes son procesadas e interpretadas por el sistema de creencias de cada persona y pueden causar sentimientos negativos los cuales activan mecanismos bioquímicos en el hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, cuando esto ocurre, afecta al sistema inmune y que a su vez, se desarrollen enfermedades y síntomas en general (Gómez y Escobar, 2002, p.22).

La psiconeuroinmunología integra varias especialidades de la salud, como la psicología, para explicar las interacciones entre sistema inmune, sistema nervioso central, componente psicosocial, la conducta y el sistema endocrino (Prolo et al., 2002, p. 1).

Para Piqueras et al. (2008, pp.117, 125). El sistema inmunológico y sistema nervioso evalúan el mundo externo del sujeto identificando componentes perjudiciales o amenazantes. Ambos sistemas tienen funciones de adaptación homeostática, tienen memoria y aprenden de la experiencia. Cuando los mecanismos responsables del *feedback* en el cerebro son influenciados por factores de estrés, las funciones del sistema inmune pueden alterarse. Dentro de las estructuras cerebrales, el hipotálamo es importante en los procesos de comunicación del sistema inmune, endocrino y nervioso. Mantiene la homeostasis y es el órgano regulador que más información recibe. Está conectado con la hipófisis y a su vez al sistema endocrino. Si éste se lesiona, se alteran las funciones de los leucocitos (glóbulos blancos que forman parte

del sistema de defensa) y linfocitos (sistema linfático). El sistema límbico, que se encarga de la conducta emocional participa cuando un factor estresante necesita ser analizado desde estructuras cerebrales superiores. Las proyecciones que salen del tronco cerebral hasta los núcleos paraventriculares (hipotálamo) se activan por los factores estresores. Las respuestas fisiológicas son mediadoras entre el estrés y sus repercusiones orgánicas. Los factores psicosociales alteran de una forma positiva o negativa el sistema nervioso central y éste a su vez en la actividad del sistema inmunológico.

El hipotálamo controla el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y el sistema simpático adreno-medular (SAM). El hipotálamo secreta CRF (factor liberador de corticotropina) que hace que la hipófisis libere ACTH (hormona corticotropina), esto causa la secreción de corticoides de la corteza adrenal y el sistema inmune se deprime. El CRF también induce a que la hipófisis secrete endorfinas, éstas aumentan la actividad de las células NK (natural killer) muy importantes en la génesis del Alzheimer. La ACTH decrece la formación de anticuerpos y la CRF activa el sistema simpático (*Enfermedades psicosomáticas*, pp. 3,4).

Ayala (2009, pp.111, 115) explica que gracias a este enfoque, se sabe que el sistema inmune tiene receptores para moléculas reguladas por el sistema nervioso central como la dopamina y serotonina (los linfocitos T poseen receptores de este neurotransmisor). El cerebro regula el sistema inmunitario. Los procesos de aprendizaje pueden condicionar a dicho sistema. La comunicación entre los tres sistemas se da por los neurotransmisores, hormonas y citoquinas (células del sistema inmune). Los valores y las creencias de cada persona pueden influir para que diversas situaciones produzcan estrés, a raíz de ese sistema de creencias y valores pueden aparecer sentimientos de miedo, depresión, etc. Estos factores son *inputs* negativos que bioquímicamente activan mecanismos biológicos como el eje constituido por la hipófisis, hipotálamo y glándulas suprarrenales. La activación de dichos mecanismos puede alterar la respuesta del sistema inmune y dar paso al desarrollo de patologías, por ejemplo, el cáncer. El origen de las

enfermedades se da por causas multifactoriales, dependen del agente bacteriano, viral o carcinógeno y de las características (genéticas, emocionales, inmunológicas, cognitivo-comportamentales, psicosociales, evolutivas, entre otros) del organismo afectado. Por esta cuestión el tratamiento psicológico es un apoyo al tratamiento médico, farmacológico, incluso para la prevenir enfermedades. Se sabe que la depresión esta asociada al origen y desarrollo de procesos malignos. La respuesta inmune esta involucrada con la supervivencia del cáncer.El estrés psicológico juega un papel importante en el origen de la depresión que tiene un perfil inmunológico, bioquímico y endocrino semejante al estrés (León, 2007, p.150).

“El sistema inmune es el sustrato de representación de lo psíquico en el cuerpo. Como ejemplo bastaría señalar que es excepcional que exista una depresión psíquica que no se acompañe de depresión inmunológica” (Del Ganso, citado en Menassa y Rojas, s.f., p.1).

En la depresión hay una activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y en el sistema inmune alteraciones parecidas a las que causa el estrés. La depresión tiene un perfil bioquímico, endocrino e inmunológico muy similar al que se produce cuando la persona sufre estrés (Klinger, Díaz, Jhann, Ávila, Tobar, 2005, p.122). El sistema inmune puede descontrolarse incrementando la enfermedad por la depresión. (Ramos et al., 2008, p.131).

Según Kiecolt-Glaser y Glaser (2002, pp.874,875) la depresión aumenta la producción de citoquinas proinflamatorias y de IL-6. La producción de éstas, puede ser estimulada directamente por emociones negativas y vivencias estresantes. La sobreproducción de estas citoquinas conduce a cambios inmunológicos y endocrinos desadaptativos. IL-6 es un estimulador de la hormona liberadora de producción de corticotropina. Esta hormona activa el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal. Cuando esto ocurre los niveles de la hormona corticotropina suben y aumenta el cortisol.El aumento del cortisol y de dicha hormona provocacambios inmunológicos adversos. Cuando el cortisol aumenta puede agravar los síntomas de depresión. Las emociones negativas pueden disregular la secreción de IL-6 y causar alteraciones neuroendocrinas.La

depresión afecta las células del sistema inmune y modula la secreción de citocinas proinflamatorias. La depresión puede prolongar infecciones o retrasar la cicatrización de heridas. Con respecto a las influencias de factores psicológicos en la fisiología del organismo, las personas con estrés llegan a tener hábitos de salud riesgosos como dormir poco, abuso de alcohol o sustancias, mala nutrición, etc. Estos hábitos a su vez conducen a problemas cardiovasculares, inmunológicos y endócrinos. En cuanto al factor ansiedad, puede perturbar el sistema inmune, el organismo se hace vulnerable a enfermedades y condicionar el curso de las mismas. (Canelones, 2011, p.5).

Moizeszowicz, Bronstein, Fernández y Dorado (1998, pp. 322, 324,325) explican que cuando se experimenta ansiedad, la información sobre el estímulo sensorial aferente viaja desde los sistemas sensoriales (auditivo, somato sensorial, visual) hacia el tálamo dorsal, que envía la información para ser procesada en las áreas sensoriales de la corteza. Las áreas de asociación cortical de los respectivos sistemas (visual, auditivo y somato sensorial) tienen proyecciones que van hacia la amígdala, corteza entorrinal y orbitofrontal. Los impulsos llegan al hipocampo. La información sensorial del estímulo causante de ansiedad se procesa primero en la corteza sensorial, después pasa a estructuras subcorticales responsables de respuestas afectivas y somáticas. La amígdala tiene la función de interpretar la información del estímulo. Las vías eferentes son mediadoras de las respuestas neuroendocrinas, motoras y autonómicas (producidas por el sistema simpático y parasimpático). La activación del sistema simpático y la secreción de hormonas se deben a la estimulación del hipotálamo, vía amígdala y locus coeruleus (LC). Los nervios vago y esplénico tienen proyecciones del sistema parasimpático. Existen conexiones desde el LC al nervio esplénico. De esta forma se producen las respuestas somáticas de la ansiedad, así como también sobre el trastorno gastrointestinal y genitourinario. La amígdala coordina los mecanismos cognitivos, afectivos y neuroendocrinos de la respuesta de ansiedad.

El estímulo es evaluado de acuerdo a experiencias actuales o pasadas. La corteza orbitofrontal y la amígdala procesan el estímulo e inmediatamente dan una respuesta de ansiedad. Las conductas que hayan sido aprendidas por la persona anteriormente y la memoria influyen en las respuestas de ansiedad (Moizeszowicz et al., 1998, pp. 326,327).

1.1.3. ESTILO EMOCIONAL NEGATIVO

El neuroticismo (estilo emocional negativo, afectividad negativa) incluye estados de ánimo como ansiedad, hostilidad y depresión. Pertenecce a una de las cinco dimensiones de la personalidad propuestas por Eysenck, se caracteriza por presentar una sensibilidad a los estímulos negativos (Enrique, 2004, p.222).

Para Larsen y Buss (2005, pp.424, 426) estas personas en la vida diaria pueden ser catalogadas como malgeniosas, inestables, ansiosas, quisquillosas, pesimistas y que se quejan de todo. Reaccionan de una forma extrema ante situaciones desagradables, les lleva más tiempo que el resto de personas estabilizarse, a pesar de que no hay evidencias concretas, el neuroticismo tiene una base biológica, el sistema límbico de estos sujetos tiende a activarse fácilmente por lo que es probable que existan episodios de emociones como la ansiedad y preocupación. El neuroticismo es una dimensión hallada a partir de varias fuentes como la cultura, reportes personales, reportes de semejantes y por investigadores. Los mismos autores expresan que a diferencia del modelo biológico, las teorías cognoscitivas explican que la causa del neuroticismo no está presente en el sistema límbico sino en lo psicológico (sistema cognitivo). El neuroticismo se debe a formas de procesar la información como recordar, atender y pensar. Las personas con alto neuroticismo recuerdan más información negativa sobre sí mismos que de otros, esto se relaciona con un procesamiento predominante de información negativa acerca de sí mismo. Las experiencias emocionales pueden almacenarse en la memoria, estas personas tienen buenas redes de asociación de recuerdos de emoción negativa. Por esta razón, los recuerdos desagradables son más accesibles. Una información

desagradable en la memoria es el recordar enfermedades, síntomas físicos, etc.

Los rasgos de personalidad de esta dimensión pueden tener un fuerte valor predictivo sobre el comienzo de episodios depresivos y sobre el curso de la depresión. La influencia no viene de un rasgo de personalidad sino de una afectividad negativa con manifestaciones de una depresión. Esta dimensión de neuroticismo también tiene un valor predictivo tanto para trastornos afectivos como para los trastornos de ansiedad (Chinchilla, 2008, p.160).

Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas(2009, pp.90, 92, 95, 97) la afectividad negativa coincide con el neuroticismo y la ansiedad porque incluye sentimientos disfóricos de ansiedad, preocupación y tristeza. Es normal sentir ansiedad y tristeza, a veces son emociones adaptativas para el organismo, sin embargo, cuando aparecen de forma frecuente, desproporcionada o sin causa aparente, afectan a la salud.En la depresión se encuentran un sinnúmero de factores causales (ambientales, interpersonales, evolutivos, etc) que cambian los patrones de neurotransmisión de los hemisferios cerebrales y sistema límbico. La salud y la enfermedad pueden ser influenciadas por las emociones,que podrían alterar el sistema fisiológico del organismo.

En momentos estresantes que se debe responder a fuertes demandas ambientales, aparecen emociones negativas. Cuando hay la influencia de dichas emociones, puede adquirir enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico y adoptar malos hábitos que afecten a la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas 2004, citado en Piqueras et al., 2009, p.100).

Las personas con una elevada afectividad negativa experimentan más niveles de estrés y poca satisfacción frecuentemente, tienden más a enfocarse en el lado negativo de las cosas y del mundo que les rodea, se sienten menos satisfechas consigo mismas y sobre su vida, tienen un umbral adaptativo más bajo que las demás personas, los estresores pequeños o medianos les provocan crisis intensas. Las personas que experimentan un bajo nivel de afectividad negativa son alegres, seguras, satisfechas consigo mismo, son más extrovertidas, energéticas y entusiastas (Watson y Pennebaker, 1989, p.235).

Con respecto a cuestiones genéticas, varios estudios han demostrado que el neuroticismo es altamente hereditario. Se tiene por ejemplo un estudio que demostró que la afectividad negativa presenta niveles altos de heredabilidad mientras que el afecto positivo se debe a factores ambientales (Goldsmith et al. 2001, citado en Larsen y Buss, 2005, p.425).

Según Kandel (2007, p.43), hay quienes creen que los genes establecen los procesos biológicos y que transmiten la información hereditaria por generaciones. Es una opinión errada porque se interpreta que los genes no pueden ser modificados por las demandas ambientales o acontecimientos externos a los seres humanos. Esa opinión expresa que los condicionamientos sociales no influyen sobre la conducta.

Kandel (2007, p.44), explica que los genes tienen dos funciones:

- Funcionan como plantillas con capacidad de replicarse. Cada gen cumple esterol en todas las células del organismo. Gracias a esto se provee a las siguientes generaciones copias de cada gen. Las plantillas no pueden alterarse por experiencias sociales. Solo pueden sufrir efectos negativos por mutaciones, lo cual es inusual.
- Esta segunda función se llama “de transcripción”, que es la producción de copias de ADN, se elabora proteínas específicas para la célula. Cuando los genes se expresan en la célula pueden controlar su fenotipo (creación de proteínas que establecen el carácter de la célula). Esta función de transcripción del gen es controlada y puede afectarse por factores ambientales.

Los genes tienen dos zonas, una codificadora, que codifica ARNm (ARN mensajero) y otra reguladora que tiene dos componentes de ADN. Las etapas de desarrollo cerebral, las hormonas, el aprendizaje, el estrés y la interacción social pueden cambiar la unión de los reguladores de transcripción. Estos factores sociales se incorporan biológicamente a través de cambios en la expresión genética de determinadas neuronas o regiones del cerebro. Dichas modificaciones por factores sociales son transmitidas culturalmente, pero no genéticamente porque no se incorporan al gameto masculino y femenino (óvulo, espermatozoide). En los humanos hay una gran capacidad de modificar la expresión genética por medio del aprendizaje, se ha desarrollado tanto que el ser humano cambia más por evolución cultural que por evolución biológica. Es probable que las neurosis o componentes de las mismas se produzcan por defectos en la regulación de los genes (Kandel, 2007, pp.45, 46, 51).

Todas las personas utilizan diferentes mecanismos de defensa para afrontar la realidad. De acuerdo a los mecanismos utilizados se logra también diferentes niveles adaptativos que permiten enfrentar la realidad desde un nivel adaptativo elevado hasta un nivel de distorsión mayor de la realidad (psicosis). A mayor nivel de desadaptación psicológica, más cambios bioquímicos cerebrales se producen, a mayor depresión o ansiedad, mayor presencia de síntomas somáticos.

Los mecanismos de defensa son estrategias de afrontamiento o procesos psicológicos que protegen a la persona ante la ansiedad y las amenazas tanto internas como externas. Son procesos automáticos. Estos mecanismos han sido categorizados en grupos llamados “niveles de defensa” en el DSM-IV.

Garlati (s.f., pp.11, 12) presenta los siete niveles de defensa de la siguiente manera:

- 1) Nivel adaptativo elevado: este nivel da una mejor adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Las defensas en este nivel son las siguientes: afiliación, altruismo, anticipación, autoafirmación, auto-observación, sentido del humor, sublimación y supresión.
- 2) Nivel de inhibiciones mentales: en este nivel hace que las amenazas o peligros permanezcan fuera de la conciencia. Las defensas son: abstención, aislamiento afectivo, desplazamiento, disociación, formación reactiva, intelectualización y represión.
- 3) Nivel menor de distorsión de las imágenes: la persona distorsiona la imagen de sí mismo o de los demás para regular la autoestima. Por ejemplo: devaluación, idealización y omnipotencia.
- 4) Nivel de encubrimiento: mantienen las situaciones estresantes o desagradables fuera de la conciencia del sujeto sin ser atribuidas a causas externas. Las defensas: negación, proyección y racionalización.

- 5) Nivel mayor de distorsión de las imágenes: el sujeto distorsiona a gran escala o se atribuye de manera incorrecta imágenes de sí mismo o de los demás. Las defensas: fantasía autista, identificación proyectiva y polarización de la propia imagen o de los demás.
- 6) Nivel de acción: en este nivel los mecanismos de defensa se caracterizan por enfrentar las amenazas internas o externas huyendo o ejecutando alguna acción. Se tiene como ejemplo: agresión pasiva, *acting out*, quejas y rechazo de ayuda y retirada apática.
- 7) Nivel de desequilibrio defensivo: fracasa la defensa para contener reacciones ante las amenazas, el sujeto pierde contacto con la realidad. Ejemplo: distorsión psicótica, negación psicótica y proyección delirante.

1.2. DISCUSIÓN TEMÁTICA

1.2.1. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Saiz, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz (2009, p.121) realizaron un estudio epidemiológico transversal en centros de salud mental de varios lugares de España sobre las diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor, síntomas somáticos y calidad de vida en 1242 pacientes de 456 centros de atención ambulatoria. El momento de tomar en cuenta los criterios de inclusión (tener diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-IV, puntuación mayor a 17 en la escala HAM-D17), la muestra quedó de 1164 personas (629 mujeres y 535 hombres con una edad media de 47.28 y 47.98 años). Los pacientes ingresaron voluntariamente a los centros por sus psiquiatras en el año 2006. Sobre las escalas utilizadas para el estudio, se utilizó la escala QLDS para medir la calidad de vida en pacientes deprimidos, se aplicó el cuestionario PHQ-15 para evaluar síntomas somáticos, por último la escala HAM-D17 para la ansiedad. Para el análisis estadístico las diferencias para los grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de la X^2 , para comparar las variables continuas se aplicó la t de *Student*. Se midieron las comparaciones de variables

continuas de más de dos grupos con ANOVA. En caso de existir diferencias entre grupos se aplicó un análisis *post-hoc* para ver que subpoblaciones difieren. Las correlaciones de los totales de los puntajes de la escalas se analizaron con la correlación de Pearson. Para esto se utilizó el programa informático SPSS.

En los resultados se observó que la depresión es frecuente en las personas casadas. Ambos sexos tenían una situación laboral activa. En referencia al diagnóstico previo más frecuente, en varones el 53,7% tenía trastorno de ánimo y el 27,8% ansiedad. En mujeres el 47,7% tenían trastorno de ansiedad y el 35,2% trastorno de ánimo.

En la escala de HAM-D17 los varones puntuaban más en los ítems sobre ideas de culpa en trabajo, actividades y síntomas relacionados con los genitales. Las mujeres tenían mayor puntaje en síntomas relacionados con ansiedad somática y síntomas somáticos generales. Según la escala PHQ-15 los hombres tenían un alto porcentaje en el ítem “dolor o problemas durante las relaciones sexuales”. Las mujeres puntuaron más en “dolor de estómago” y “dolor de espalda”. Se vio una correlación de Pearson positiva (0,4) entre el puntaje de HAM-D17 y QLDS, lo cual quiere decir que mientras más problemas clínicos (ansiedad, depresión) hay más síntomas somáticos y mayor afección a la calidad de vida. También se observó una correlación positiva (0,3) entre las puntuaciones totales de PHQ-15 y QLDS, esto indica que a más síntomas somáticos, hay más deterioro a la calidad de vida (Saiz et al., 2009, pp. 122, 124).

En el estudio se halló que las mujeres con depresión tenían más síntomas somáticos que los hombres, esto se debe a que las mujeres tienen una alta expresividad emocional y amplificación de sensaciones. Los hombres expresan los síntomas depresivos de acuerdo a lo aceptado socialmente, como a través de alteraciones en lo social y laboral. Se concluyó que mientras haya más severidad clínica, hay más síntomas psicósomáticos y si se agravan más los síntomas hay mayor deterioro en la calidad de vida (Saiz et al., 2009, p.125).

1.2.2. LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély (2011, pp.230,231) realizaron este estudio en 365 estudiantes (74 hombres y 291 mujeres) de una universidad francesa en un período de tres meses que participaron de forma voluntaria, anónima con un rango de edad de 18 a 30 años. Los instrumentos utilizados fueron el TAS-20 (Cuestionario de Alexitimia de Toronto), el STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) y la versión adaptada de la escala ALPIM (*Anxiety, Laxity, Pain, Immunology and Mood*). Se adaptó un cuestionario para evaluar trastornos dando una descripción de ellos por ejemplo, jaqueca, cefalea, colon irritable, etc. Se añadió una pregunta para saber si habían o no acudido al psicólogo o psiquiatra. Se crearon dos grupos para los análisis, el grupo I con menos de cuatro trastornos psicosomáticos y el grupo II con cuatro o más. Para la correlación se utilizó el coeficiente de Pearson. Se halló que 252 (69%) personas tenían entre uno y tres trastornos, 49 (13,4%) tenían cuatro o más trastornos psicosomáticos. La mayoría de las mujeres estaban en el grupo II y presentaban más trastornos psicosomáticos que los hombres. Se observó que 81 personas (22,2%) presentaba alexitimia, en hombres el 24,3% y mujeres 21,6%. Ambos no difirieron al respecto. En cuanto al STAI, 63 (17,3%) personas de la muestra tenían un nivel alto de ansiedad rasgo y apenas 28 (7,7%) ansiedad estado. Las mujeres tenían más ansiedad rasgo que los hombres. La diferencia no tuvo significación estadística. Un 17,6 de hombres y 25,4% de mujeres dieron a conocer que habían padecido depresión mayor, a pesar de estos porcentajes la diferencia no fue significativa. El 31,2% (114 personas) habían acudido al psicólogo o psiquiatra.

Los mismos autores del estudio apreciaron que la ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión se asocian con jaqueca, cefalea, fatiga, dolor de espalda y dolor de articulaciones.

Los investigadores descubrieron que el grupo II tuvo mayor puntaje de ansiedad en el STAI, 13 de cada 100 personas tenían cuatro o más trastornos psicosomáticos. Un alto porcentaje tenía al menos uno. Los más frecuentes eran jaqueca, dolores de espalda o de articulaciones y alergias nasales. Las mujeres tenían más trastornos psicosomáticos que los hombres y coincide con la bibliografía investigada del estudio de estos autores. La cefalea era más común en las mujeres. El sexo femenino tiende a aceptar el malestar y tiene mayor disposición a buscar atención médica, por esta razón se encuentra una alta prevalencia de síntomas psicosomáticos. La depresión masculina puede estar encubierta de manifestaciones como la irritabilidad, hostilidad, agresión y alexitimia que pueden engañar cuando se esté realizando un diagnóstico. En este estudio hubo un gran porcentaje de hombres alexitímicos. La ansiedad y depresión se asocian a los trastornos psicosomáticos. Los sujetos que tienen más dificultad para identificar emociones, suelen tener más trastornos de este tipo (Baeza et al., 2011, p.232, 234).

1.2.3. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN MUJERES SIN TRABAJO REMUNERADO

Matud y Bethencourt (2000, pp.94, 95) realizaron su investigación en 180 mujeres españolas sin trabajo remunerado, de las Islas Canarias, con un rango de edad de 21 a 64 años (edad media 46,6). El 67% tenían un nivel académico básico, solo el 4% de nivel superior. El 87% estaban casadas, 5,6% viudas, 2,8% solteras y las demás separadas/divorciadas. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Control Emocional, Cuestionario de Estilos de Afrontamiento, Cuestionario de Tolerancia de la Ambigüedad, Escala para Medir Patrón de Conducta Tipo A, Inventario de Autoestima, Cuestionario sobre Sucesos Vitales Estresantes, Cuestionario de Salud General de Goldberg, Escala de Apoyo Social, Inventario de Satisfacción de Rol y el Inventario de Situaciones Estresantes.

Entrevistadores con previo entrenamiento colaboraron en la toma de cuestionarios en dos sesiones a las mujeres que decidieron participar voluntariamente. Los resultados arrojados demostraron que el estrés diario se asocia con depresión y ansiedad. Las mujeres amas de casa insatisfechas con su rol tenían más depresión, ansiedad y somatizaciones. Las mujeres que más respondían al estrés de forma emocional, las más impulsivas y las que tendían a recordar conflictos pasados mostraban más ansiedad, depresión y somatización. Las mujeres con un bajo nivel académico tenían más depresión. En las escalas de Golberg hubo correlación entre ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Los autores observaron que las mujeres académicamente más preparadas presentaban menos síntomas de depresión, menor impulsividad y una buena tolerancia al cambio. A su vez, tenían más apoyo social. Las más deprimidas fueron las que tenían menor autoestima, menos satisfacción con su rol de amas de casa, las que contaban con menos apoyo social, eran menos competitivas y con un estilo de afrontamiento al estrés de tipo emocional (Matud y Bethencourt, 2000, pp.96-99, 101,102).

Según Matud y Bethencourt (2000, pp.104, 105), los resultados del estudio concuerdan con la bibliografía investigada para su estudio, donde se había demostrado anteriormente que los estilos de afrontamiento emocionales repercuten negativamente en la salud mental. El apoyo social y una buena autoestima son factores positivos. La personalidad, el apoyo social, la satisfacción con su rol y la autoestima se relacionan con la depresión y los síntomas somáticos. La ansiedad es frecuente en las amas de casa jóvenes. Los mismos sugieren que las técnicas para afrontar el estrés, el aumento de la autoestima y el apoyo social ayudan a mantener una buena salud mental de las mujeres sin trabajo remunerado.

1.2.4. LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS

González et al. (2009, p.142), realizaron un estudio exploratorio en dos universidades de la ciudad de Monterrey, México. La muestra se conformó por 506 estudiantes de psicología (97 hombres, 409 mujeres), de todos los semestres. Participaron de forma voluntaria, diez días antes de los exámenes en las instalaciones de las respectivas universidades. Los instrumentos utilizados son autoaplicados, éstos fueron: el PHQ-15 para síntomas somáticos, el inventario de Beck para la depresión y la escala social para adolescentes para la variable ansiedad.

Los autores utilizaron análisis descriptivos para las variables. Aplicaron la correlación de Spearman para comprobar el nivel de significancia entre las variables y detectaron que las varianzas no cumplieron con los supuestos de normalidad, por tal razón, emplearon la prueba de Kruskal-Wallis con el objetivo de comparar los niveles de ansiedad y depresión en los grupos conformados de acuerdo a la intensidad de los síntomas psicosomáticos. El 25,5% (129) de estudiantes tenían síntomas psicosomáticos de intensidad media o alta, 488 presentaban una depresión leve o inexistente, solo 4 personas tenían depresión intensa. En cuanto a la ansiedad 316 tenían puntajes menores al 25% de la escala y dos por encima del 75%. Por el coeficiente de Spearman se descubrió que mientras más intensos eran los síntomas psicosomáticos, subían los niveles de ansiedad y depresión. Los dolores de cabeza, espalda, menstruales, fatiga y problemas para dormir fueron los síntomas psicosomáticos más comunes en la muestra, estos causaron más preocupación. Los más insignificantes fueron los problemas sexuales y síncope (González et al., 2009, pp. 143, 144).

González et al. (2009, pp.144, 145), exponen que la mayoría de estudiantes de la muestra eran mujeres y que por esta razón había una mayor frecuencia de síntomas psicosomáticos de intensidad media o alta. Este hallazgo coincide con otros estudios revisados por los autores que demuestran que en el sexo femenino se encuentra más este tipo de síntomas. También porque el proceso

de recolección de datos se ejecutó días antes de los exámenes. Una característica importante de la muestra fue que todos los estudiantes eran sanos, hubo pocos niveles altos de ansiedad y depresión. A pesar de esto se confirmó la relación entre depresión, ansiedad y síntomas psicósomáticos. A partir de esta conclusión los investigadores resaltan la necesidad de prevenir y tratar dichos trastornos.

1.2.5. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN MUJERES DE MEDIANA EDAD QUE ACUDIERON A CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El trabajo de Ros, Comas y García-García (2009, pp.166, 167) trató sobre los síntomas depresivos y somáticos en mujeres (pacientes ambulatorias) que acudían a consulta de Atención Primaria, con un rango de edad de 40 a 55 años. Fue un estudio transversal realizado entre marzo y julio de 2005. El número de médicos que apoyaron en el reclutamiento fue de 1019, que llegaron a incluir 1019 pacientes. Unas 156 mujeres fueron excluidas de la muestra por los criterios propuestos, la muestra real quedó en 863 personas valorables para el estudio. La investigación fue aplicada en la práctica clínica habitual de los médicos.

Para evaluar los síntomas depresivos se utilizó la escala de Hamilton para la depresión HDRS-6 y para los síntomas somáticos el cuestionario PHQ-15. Aparte se recogieron datos demográficos y clínicos. Se ejecutó análisis descriptivos para las variables (media, desviación estándar, rango). Para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes, para las variables categóricas se aplicó el test de ji cuadrado. Los modelos de regresión logística multivariable sirvieron para detectar asociaciones entre depresión y síntomas físicos.

En los resultados se halló que 625 (75,6%) personas tenían síntomas depresivos, el 85,4% (656) síntomas físicos el 68,6% (514) manifestaban síntomas físicos y depresivos al mismo tiempo. Los síntomas de depresión más comunes según la escala HDRS-6 fueron “estado de ánimo deprimido”, “ansiedad psíquica”, “impacto en trabajo y actividades” y “síntomas somáticos generales”. Los síntomas físicos más frecuentes según la escala PHQ-15:

sensación de cansancio, dolor de espalda, dolor de brazos, piernas o articulaciones, alteraciones del sueño y dolor de cabeza. En los pacientes deprimidos se halló con frecuencia la presencia de síntomas somáticos (Ros et al., 2009, pp.168, 169).

Los porcentajes altos en depresión y síntomas físicos descubiertos, superan a otras investigaciones previas en España revisadas por estos autores. Esto se debe a la variedad de instrumentos utilizados para estas variables y distintos puntos de corte existentes lo que no permite hacer una comparación adecuada con otros estudios. Las escalas de este estudio (HDRS-6 y PHQ-15) ayudaron a detectar más síntomas somáticos y depresión que los instrumentos de otros estudios. En relación al rango de edad escogido para este trabajo se sabe que la depresión es frecuente y puede estar asociado a la somatización. Como conclusión, al encontrar alta prevalencia de síntomas somáticos y depresión en Atención Primaria los autores sugieren que en los servicios de salud se necesita tomar en cuenta los diagnósticos de depresión y ansiedad en pacientes de mediana edad que acuden a esa área para mejorar los problemas de salud y crear medidas preventivas en esa población (Ros et al., 2009, p.171).

1.2.6. SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y DEPRESIÓN MAYOR EN LATINOAMERICANOS

Tamayo, Rovner y Muñoz (2007, pp.183, 184) realizaron un estudio cualitativo explorando investigaciones realizadas en Latinoamérica y en hispanos residentes en Estados Unidos para verificar si los síntomas somáticos en depresión mayor se presentan más en latinos que en otras etnias. Los autores revisaron varios estudios publicados entre enero del año 1965 y junio del 2006 basados en la comorbilidad entre depresión mayor y síntomas físicos, su prevalencia en latinos y sobre el uso de antidepresivos en individuos con depresión mayor que presentan síntomas somáticos. Los autores buscaron los estudios en LILACS, Medline, EMBASE y PAHO cruzando los términos apropiados para el propósito de dicha investigación.

Encontraron que latinos de Perú, Colombia y Puerto Rico presentan más síntomas somáticos que la población no latina residente en Estados Unidos. También hallaron que en sociedades individualistas es bastante valorada la expresión directa de sentimientos displacenteros frente a las poblaciones latinas que son menos individualistas, con límites interpersonales flexibles y donde se valora la expresión indirecta de los sentimientos.

Dentro de lo revisado, es notable la frecuente tendencia a somatizar de los grupos latinos, pero entre subgrupos de esta etnia también existen diferencias como indican Malgady y Rogler (citado en Tamayo et al., 2007. p. 184) quienes hicieron un estudio comparativo entre mexicanos estadounidenses y caucásicos americanos.

Los médicos primarios tienden a tratar de controlar más los síntomas somáticos, no toman en cuenta lo que los pacientes perciben acerca de sus síntomas mentales y somáticos. La depresión pasa desapercibida en pacientes con síntomas somáticos asociados. Estos especialistas se preocupan cuando los pacientes presentan algún trastorno mental grave. Los individuos que tienen trastorno depresivo mayor con síntomas somáticos, acuden más que el resto de personas a los servicios de salud y más que el resto de personas deprimidas (Tamayo et al., 2007, pp.184, 185).

Tamayo et al., (2007, pp.185, 186) concluyeron que factores no biológicos como la alianza terapéutica pueden influir de mejor manera en el diagnóstico y tratamiento farmacológico de estas personas. Los pacientes latinos expresan más sus problemas en somatizaciones. El profesional debe tener una buena relación con su paciente, se debe tomar en cuenta lo emocional y el contexto social.

1.2.7. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN MAYOR, SÍNTOMAS FÍSICOS DOLOROSOS Y CALIDAD DE VIDA

Ruiz, Colín, Sau-Yen, Lara y Dueñas (2007, p.27) investigaron en México sobre el trastorno depresivo mayor y su relación entre la intensidad de la depresión, síntomas físicos dolorosos y calidad de vida en pacientes no hospitalizados mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Los individuos debían presentar trastorno depresivo mayor (episodio único o recurrente). La muestra fue de 313 sujetos reclutados por 34 colaboradores de 34 centros de estudio mexicanos. Mediante el Inventario de Síntomas Somáticos (SSI) se diferenció a las personas en dos grupos, los que presentaba síntomas físicos dolorosos (SFD+) y los que no presentaban esos síntomas (SFD-).

Los mismos autores citados cuantificaron la intensidad del dolor con la Escala Visual Análoga (VAS), la intensidad de la depresión fue medida con la escala HAMD-17, la Escala de Impresión Clínica Global (CGI-S) sirvió para ver la gravedad y el bienestar subjetivo se evaluó con la Escala de Calidad de Vida en la Depresión (QLDS).

Según Ruiz et al., (2007, p.28), las relaciones de las variables (VAS, CGI-S, HAMD, QLDS) se determinaron mediante modelos lineales. Se utilizó la prueba de Fisher para comparar las proporciones de personas con o sin síntomas físicos dolorosos. La edad promedio de la muestra fue de 42,5 años (la mayoría eran mujeres), el 62,2% habían presentado al menos un episodio de TDM. El 79,9% de mujeres y 68% de hombres tenían SFD+. La población general tenía depresión de moderada a grave. Los pacientes son SFD+ tuvieron más puntaje en la escala HAMD que los del grupo SFD-. Los síntomas físicos dolorosos más prevalentes y de mayor intensidad fueron: dolores musculares, dolor cervical y cefalea. Según el VAS, las personas con SFD+ sufrían una intensidad de dolor mayor que el grupo de SFD-, se pudo identificar que también interfería en las actividades diarias de los pacientes.

Dentro de los patrones de tratamiento identificados se pudo observar que el 49,7% de las personas tomaban antidepresivos, el 19,5% tomaba medicación y acudía a psicoterapia a la vez y el 50% no asistía a psicoterapia y tampoco tomaba medicación (Ruiz et al., 2007, p.29). Los resultados del estudio pueden generalizarse en pacientes con trastorno depresivo mayor en México gracias a los criterios de inclusión operativos de diagnóstico. Los colaboradores tenían experiencia con pacientes depresivos. La evaluación hecha por los investigadores fue semi-estructurada lo cual permite identificar los síntomas físicos dolorosos asociados. Los síntomas físicos dolorosos pueden expresarse como dolor cervical, cefalea, lumbalgia, entre otros. El estudio demuestra una gran frecuencia de los síntomas físicos dolorosos en la depresión mayor. Los autores indican que los resultados concuerdan con la bibliografía internacional de dichos pacientes en el área de atención primaria y que es necesario reconocer las manifestaciones físicas de la depresión para abordar a estas personas adecuadamente (Ruiz et al., 2007, p.31).

1.2.8. RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS SOMÁTICOS CON SEVERIDAD DE DEPRESIÓN, CALIDAD DE VIDA Y EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

García-Campayo et al. (2008, p.356), investigaron en España sobre la relación de los síntomas somáticos con severidad de depresión, calidad de vida y utilización de los recursos de salud en pacientes con depresión mayor en 79 centros de atención primaria (en la práctica habitual) a lo largo del mencionado país. La recolección de datos fue realizada en el mes de abril del 2004 hasta julio de 2004 por médicos con experiencia en la investigación sobre la depresión. Fue un estudio transversal, epidemiológico basado en dos etapas. La primera consistió en detectar pacientes con depresión utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), los pacientes con mayor puntaje pasaron a la segunda etapa donde se recogió datos sociodemográficos y clínicos relevantes. Para diagnosticar la depresión mayor se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) acorde al DSM-IV. Para detectar los síntomas somáticos se utilizó la Entrevista Psiquiátrica

Estandarizada Polivalente (EPEP) y la EVA (Escala Analógica Visual) para estimar la intensidad de los síntomas dolorosos. La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) fue usada para medir la severidad de la depresión. Se evaluó la calidad de vida utilizando la versión española del MOS (*Medical Outcomes Study*), para saber sobre el uso de los servicios de salud en términos de hospitalización y consultas se planteó dos preguntas. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple se valoró la relación entre síntomas somáticos y la severidad de depresión (García-Campayo et al., 2008, p.357).

García-Campayo et al. (2008, pp.358-361) explican que en los resultados se observó que 1150 de 8215 personas presentaron trastorno depresivo mayor según el GADS y los criterios del DSM-IV aplicando la MINI. Se encontró una fuerte asociación entre la severidad de depresión y síntomas somáticos. En cuanto a los síntomas somáticos y calidad de vida, el 77% de los pacientes reportó que su salud en general era mala. El 68,2% de pacientes reportó que el dolor interfería en la vida laboral de forma moderada a extrema. En el 43,3% de los pacientes, hubo problemas físicos y emocionales que interferían en las actividades sociales. El 50,4% de los pacientes consultaron a un médico dos semanas previamente y el 15,8% fueron algunas veces hospitalizadas 12 meses antes de la recolección de datos. Los resultados del trabajo concuerdan con estudios previos que han demostrado que los pacientes con trastorno depresivo mayor en atención primaria tienen síntomas somáticos que no tienen explicación orgánica. En este estudio se encontró que el 57,3% de pacientes depresivos de esa área 4 o más síntomas somáticos, también con síntomas de ese tipo relacionados con una severidad aumentada de depresión. En esta investigación la relación entre la intensidad del dolor y la severidad de depresión no fueron estadísticamente significativos, sin embargo, se ha encontrado una relación positiva entre esos factores en consultas psiquiátricas anteriormente. Esta contradicción en los resultados con otros estudios fue porque para esta investigación se clasificó a los pacientes en base a la intensidad del dolor mientras que en los otros se evaluó el dolor usando estrategias más comprensivas, la asociación entre calidad de vida y síntomas somáticos fue significativa, los autores concluyeron que el estudio estuvo

enfocado únicamente en pacientes con trastorno depresivo mayor, por esta razón, en los resultados no hubo información acerca de la relación entre síntomas somáticos y personas que no presentaron depresión, tampoco fue posible encontrar las causas de la relación entre síntomas somáticos y depresión porque el diseño del estudio fue transversal, también por el tipo de instrumentos utilizados. La muestra de pacientes fue del área médica de atención primaria, por lo cual, los resultados no pueden ser generalizados en las poblaciones de otras áreas (García-Campayo et al., 2008, p.362).

1.2.9. ESTUDIO SOBRE LA CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

Marsiglia (2010, pp.4-6) planteó una investigación clínica y epidemiológica de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes de medicina interna en la ciudad de Caracas, Venezuela. Como instrumento, para identificar ambas variables se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV. El promedio de edad fue de $X \pm 1DS$ $47,86 \pm 18,47$. El 28,30% de la muestra eran ancianos mayores a 65 años. En cuanto al sexo, no hubo diferencias significativas. Se halló que 88 personas de 17 a 83 años tenían depresión y fue más frecuente en las mujeres (2/3 de los casos). En 1/4 de los casos se diagnosticó depresión mayor, bipolaridad, distimia y ciclotimia, en los 3/4 restantes depresión ansiosa o reactiva por factores de estrés psicológico. Con respecto a la ansiedad, 160 pacientes de 15 a 89 años (edad promedio $X \pm 1DS$ $46,77 \pm 16,25$) tenían ansiedad con una prevalencia del 13,8% y fue más frecuente en las mujeres. El 16,15% eran ancianos. En el 36,25% (58 de 60) de los casos de ansiedad, 11 tenían trastorno depresivo primario, 30 trastorno de pánico (11 agorafobias), 13 sufrían síndrome de hiperventilación relacionado con el pánico, 4 casos trastornos somatomorfos. Los 63,75% (102) restantes tenían ansiedad generalizada.

El mismo autor citado anteriormente, observó que en los 1159 pacientes, hubo 248 casos de ansiedad y 237 de depresión. En el total de la muestra el 20,45% presentaban ansiedad o depresión. Las manifestaciones funcionales, que se refiere a las personas afectadas por factores psicológicos acompañados de

manifestaciones clínicas, afectaron a los pacientes con ansiedad y depresión. Se observó que los trastornos del apetito y el sueño estaban presentes en la depresión mayor. La alteración respiratoria, la sensación de muerte y la sudoración fueron consecuencias de la ansiedad.

Para Marsiglia (2010, pp.7, 8) de acuerdo a los resultados obtenidos, los factores psicológicos tienen relevancia en el progreso y la predisposición de las enfermedades. Dichos factores afectan la condición física. Para los internistas los fenómenos psicósomáticos demuestran esa interacción mente-cuerpo, lo cual es importante que la medicina tome una actitud integral para abordar a estos pacientes. El psicoanálisis y la psicoterapia han sido útiles para el tratamiento de estos fenómenos, actualmente existen también técnicas conductistas basadas en el aprendizaje, terapias de relajación y el *biofeedback* (retroalimentación biológica). La ansiedad y la depresión son frecuentes. Tener ansiedad es normal puesto que sirve al organismo para adaptarse a determinadas situaciones, pero es necesario diferenciar con la ansiedad patológica que perjudica a la persona. La ansiedad tiene manifestaciones somáticas, lo mismo sucede con la depresión.

Para el autor es importante saber que el 60% de pacientes con enfermedades mentales son vistos por el médico de atención primaria y lamentablemente no se dan cuenta de los trastornos emocionales de sus pacientes. La somatización es un fenómeno de interés para el médico internista, estos síntomas aparecen en pacientes que son incapaces de identificar e interpretar sus emociones y mediante los dolores, problemas gastrointestinales, sexuales y enfermedades neurológicas falsas se comunican simbólicamente para buscar ayuda del médico.

Marsiglia (2010, p.10) concluyó que la depresión y la ansiedad son fenómenos bastante comunes en la consulta del médico internista, pueden estar encubiertos por una serie de manifestaciones físicas. Por esta razón el internista es el médico que más debe estar capacitado para identificar los procesos de ansiedad y depresión.

1.2.10. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CUIDADOS PRIMARIOS DE SALUD

Alves, Figueiredo, Cruz y Alves (2011, p.4) analizaron la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes de un centro de salud al norte de Portugal a través de un estudio descriptivo correlacional el cual fue aprobado por una Comisión de Ética y la administración de ese centro. Los usuarios que quisieron participar firmaron el consentimiento informado, los cuestionarios eran autoaplicados. Los pacientes seleccionados fueron aquellos que acudían a las consultas médicas en la segunda semana de diciembre de 2009, decidieron participar voluntariamente. Este centro de salud fue escogido porque en él acuden habitantes de la zona rural y urbana. La muestra de la investigación fue de 343 usuarios (edad mínima 18 y máxima 99 años), la edad promedio fue de 43,82 años. El 72,89% eran mujeres y 27,11% hombres. El 17,82% tenían un nivel académico superior. Para la recolección de datos, el instrumento utilizado fue la versión portuguesa del DAS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) que se compone de preguntas sociodemográficas y clínicas. En el análisis de datos se utilizó la prueba de Mann-Whitney, la correlación de Spearman, porcentajes y frecuencias absolutas. Los resultados demostraron que el 40,52% de usuarios tenían algún grado de depresión, el 12,24% niveles graves o muy graves. El 42,38% manifestaban ansiedad, el 20,87% niveles graves o muy graves. El 45,06% tenían estrés y 22,28% presentaron niveles graves o muy graves. Se halló que las mujeres tenían niveles altos de ansiedad, depresión y estrés.

Alves et al. (2011, p.5) dieron a conocer que los resultados de su estudio son parecidos a otros estudios realizados en Portugal. Estos son más elevados que en otras investigaciones internacionales porque en las muestras portuguesas hay un número mayor de mujeres. Se ha encontrado anteriormente que en el sexo femenino hay elevados niveles de desórdenes emocionales y afectivos. En el estudio se observó una relación fuerte entre ansiedad, depresión y estrés. Las personas depresivas y ansiosas comparten una afectividad negativa, por esta razón existe relación entre la ansiedad y depresión.

Como conclusión, el estudio demostró que entre el 40% y 45% de usuarios presentaron algún grado de desordenes afectivos y emocionales. Los autores rescatan la importancia del desarrollo de estrategias de intervención temprana en los centros de salud, con el propósito de prevenir la enfermedad mental para que no haya repercusiones en la economía de la población.

CAPÍTULO II

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el grado de presencia de ansiedad y depresión en personas con síntomas psicosomáticos de un consultorio médico privado de atención primaria en salud

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar si existe una correlación entre ansiedad y depresión con la presencia de síntomas psicosomáticos
- Evaluar la presencia de síntomas psicosomáticos en pacientes que acuden a consulta de atención primaria

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS

- H0: A mayor ansiedad, mayor presencia de síntomas psicosomáticos.
- H1: A mayor depresión, mayor presencia de síntomas psicosomáticos.

CAPÍTULO IV

4. MÉTODO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE ENFOQUE

Se trata de un estudio transversal de tipo correlacional desde el enfoque cuantitativo.

4.2. MUESTRA/ PARTICIPANTES

La muestra quedó constituida por 50 personas para obtener resultados estadísticamente significativos con un rango de edad de 30 a 45 años durante un mes tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se trató de una muestra no probabilística de tipo intencional.

Criterios de inclusión:

- Personas de 30 a 45 años con síntomas psicósomáticos según el PHQ-15
- Hombres y mujeres con o sin actividad laboral

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas
- Personas psicóticas
- Personas con una discapacidad física severa o intelectual
- Que no hayan sido tratados previamente con psicofármacos

4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el cumplimiento de los objetivos del estudio se utilizó el HAM-D (Escala de depresión de Hamilton) para evaluar síntomas de depresión, el HAM-A (Escala de ansiedad de Hamilton) para la ansiedad y el PHQ-15 (Cuestionario de la salud del paciente) para evaluar síntomas somáticos, también se tomaron datos sociodemográficos como la edad, género, nivel de instrucción, estado civil y actividad laboral (véase en anexos). Estas escalas han sido escogidas debido a que presentan una buena consistencia interna, fiabilidad y validez. Son ampliamente utilizadas alrededor del mundo en varios contextos. Las escalas cuentan con pocos ítems, no llevamás de 35 minutos aplicarlas. Las escalas HAM-A y HAM-D no son autoaplicadas, esto facilita con el tiempo. No se escogió el Inventario de Beck para la variable depresión porque es una escala autoaplicada y llevará un largo tiempo ser respondido.

4.3.1. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAM-D)

Es una escala que fue diseñada en el año 1960 por Max Hamilton para valorar la severidad de los síntomas de depresión como insomnio, pérdida de peso, ansiedad y agitación (Hamilton, 1960, p.56). Tiene 21 ítems, sin embargo, la medición se basa únicamente en los 17 primeros porque los 4 últimos (variación diurna, despersonalización/ desrealización, síntomas paranoicos, síntomas depresivos) no son comunes y no reflejan la severidad de la depresión. El promedio de duración para una entrevista y suma de puntajes de HAM-D es de 12 minutos Baer y Blais, 2010, p.8). La consistencia interna del HAM-D es de 0.48 a 0.92. En una revisión sobre las propiedades psicométricas de esta escala en 70 estudios publicados desde el año 1979 demostraron que la mayoría de ítems tienen una confiabilidad adecuada. Con respecto a la validez, se ha reportado un intervalo de 0.65 a 0.90 con mediciones globales en severidad de la depresión. El puntaje total es obtenido sumando al puntaje de cada ítem (Baer y Blais, 2010, p.9). Véase el test en anexos.

Suma de puntuaciones:

- 0-7: normal
- 8-13: depresión leve
- 14-18: depresión moderada
- 19-22: depresión severa
- > o igual a 23: depresión muy severa

4.3.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A)

Esta escala fue diseñada en el año 1959 (Hamilton, 1959, p.50). La escala fue desarrollada para medir la severidad de la sintomatología de la ansiedad, contiene 14 ítems, cada ítem es calificado en una escala de 5 puntos (desde 0 no presente hasta 4 severo). Toma de 15 a 30 minutos para completar la entrevista. El puntaje sale al sumar los 14 ítems. Tiene una buena consistencia interna alfa de Cronbach de 0.77 a 0.81 (Antony, Orsillo y Roemer, 2001, p.59). Las dimensiones que evalúa son: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, intelecto, humor depresivo, problemas somáticos (musculares y sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas autonómicos y comportamiento en la entrevista. Véase el test en anexos.

Suma de puntuaciones:

- 14-17: ansiedad leve
- 18-24: ansiedad moderada
- 25-30: ansiedad severa

4.3.3. CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTES (PHQ-15)

Es la versión autoaplicada del *PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)*, sirve para evaluar y monitorear la severidad de los síntomas somáticos en la práctica clínica y en el ámbito de la investigación. Fue desarrollado en Estados Unidos en el año 2002 por Kroenke y sus colaboradores. El PHQ-15 fue administrado a 6000 pacientes en 8 clínicas en medicina general y 7 clínicas de gineco-obstetricia. Se concluyó que el cuestionario puede ser útil para evaluar la somatización y su severidad (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002, p.258).

Trata sobre 15 síntomas más frecuentes en consulta médica y 14 de los 15 síntomas más comunes de los desórdenes de somatización del DSM-IV. Se hace énfasis en las molestias que ha tenido la persona las últimas 4 semanas como dolor de estómago, espalda, náuseas, entre otros. Se califica de acuerdo a la severidad de cada síntoma: no me afectó nada (0), me afectó un poco (1), me afectó mucho (2) (Blanco, Rodríguez y Schneider, 2010, p.520). Se suma todas las puntuaciones de los ítems y se obtiene la puntuación total que oscila de 0 a 30 puntos.

Los puntos de corte de la escala son los siguientes de acuerdo con la cantidad de síntomas físicos:

- 0-4: no hay trastorno de somatización
- 5-9: trastorno de somatización leve
- 10-14: trastorno de somatización moderado
- ≥ 15 : trastorno de somatización severo

Ros, Comas y García-García (2010, p.345) realizaron un estudio sobre la validación de la versión española del PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en 3362 pacientes adultos con trastornos de depresión y ansiedad. Como resultado se vio que el cuestionario tiene una buena consistencia

interna, alfa de Cronbach 0.78 y una validez aceptable y fiable para evaluar síntomas somáticos en personas con ansiedad y depresión.

4.4. PROCEDIMIENTO

Para el estudio se contó con el apoyo de un médico de atención primaria para utilizar el espacio de investigación, el cual fue un consultorio privado. Con respecto a la estrategia de involucramiento de los participantes, a los que estaban presentes esperando el turno a ser atendidos por el médico, de forma individual y confidencial se les preguntó si deseaban participar de forma voluntaria y anónima (con edades de 30 - 45 años) llenando un cuestionario sobre síntomas (el PHQ-15) y que posteriormente se realizará una entrevista para completar dos escalas (HAM-A y HAM-D17) que no llevaría mucho tiempo y que los resultados serán entregados al médico. Los pacientes debían esperar su turno de 30 a 45 minutos hasta poder ser atendidos por el profesional, tiempo suficiente para completar las escalas. Se tomó los datos de los que deseaban participar (edad, género, nivel de instrucción, estado civil y actividad laboral), también se preguntó si tomaban alguna medicación (para saber si eran psicofármacos), se entregó el PHQ-15 y posteriormente se realizó una entrevista para completar las escalas restantes.

En el proceso de investigación al aplicar la escala HAM-A que tiene 14 parámetros a los cuales se les asigna un valor (0 a 4) de acuerdo al nivel de intensidad que se presenta, se identificó que el formato de la escala es diferente al original en inglés. En cada ítem hay grupos de síntomas que en algunos pacientes no se manifestaban todos con la misma intensidad o no podían generalizarse el valor del parámetro. Por ejemplo, en el parámetro "miedos" hay varios síntomas (miedo a la oscuridad, a extraños, a estar solo y a los animales). En estos casos se evaluó el que más le afectaba al paciente para dar el valor al parámetro.

4.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.20. Se aplicó un análisis exploratorio de datos que fue útil para entender los datos y sus relaciones antes de aplicar las técnicas estadísticas posteriores. El primer paso para esto fue la configuración de las variables para la tabulación. Primero se ingresó la variable edad como una medida de escala. Para el género se establecieron los valores 1 (masculino) y 2 (femenino) con una medida de tipo nominal. Para el nivel de instrucción los valores asignados fueron para educación primaria (1), secundaria (2) y superior (3) como variable ordinal. Para el estado civil 1 (soltero), 2 (casado) y 3 (divorciado) considerando como variable nominal. Para la actividad laboral (trabajo) fue considerada como nominal dicotómica con sus valores 1 (Sí) para una respuesta afirmativa y 2 (No) para una respuesta negativa. Después se configuró las variables de la escala de síntomas físicos PHQ-15 ingresando cada uno de sus síntomas (15 ítems de la escala) asignando como valores 0 (No me afectó nada), 1 (Me afectó un poco), 2 (Me afectó mucho) y 3 (NC) para las personas que no contestaron ciertas preguntas tomando en cuenta que es una escala autoaplicada. Cada uno de los síntomas fue considerado con una medida de tipo ordinal. También se agregó otra variable para los puntajes totales del cuestionario como una medida de escala, la misma que fue recodificada con la finalidad de que aparezcan los niveles de somatización de acuerdo a los puntos de corte.

Con la escala de Hamilton para la depresión se realizó una configuración similar a la escala anterior con cada parámetro, asignando como valores las diferentes respuestas de cada ítem y considerándolas como variables ordinales. Se creó otra variable para el puntaje total y una recodificación para los niveles de depresión según los puntos de corte, únicamente como una referencia. Se realizó otra recodificación para que el programa clasifique a los pacientes “con depresión” sin etiquetar de acuerdo a sus niveles (leve, moderado, severo, muy severo) y los pacientes “sin depresión”.

Para la escala de Hamilton para la ansiedad se realizó el mismo procedimiento anterior, asignando como valores a los niveles de intensidad de cada ítem, 0 (No presenta), 1 (Leve), 2 (Moderado), 3 (Severo) y 4 (Muy Severo). Cada uno de los ítems fue considerado como variables ordinales. También se creó una variable para los puntajes totales de la escala, esta fue recodificada para que aparezcan los niveles de ansiedad de acuerdo a los puntos de corte pertinentes, a su vez se realizó otra recodificación para que se clasifique y se configuren las etiquetas no por niveles sino por pacientes “con ansiedad” y “sin ansiedad”.

Después de configurar las variables, se tabularon los datos de cada escala de los cincuenta pacientes. Cada variable fue examinada gráficamente. Se realizó un histograma para ver la frecuencia de las edades de la muestra, un gráfico de sectores para las variables género, estado civil y trabajo (actividad laboral) editando de tal manera de que salgan los recuentos y los porcentajes. Los recuentos para el nivel de instrucción, el nivel de depresión, ansiedad y somatización se realizaron mediante gráficos de barras, luego se realizaron tablas de contingencia, estas sirvieron para resumir la información y medir la relación entre las variables deseadas. Las tablas de contingencia no miden la asociación entre las categorías de una variable lo cual favoreció para el análisis de este estudio. Se aplicó un cruce entre las variables depresión- síntomas somáticos, en las filas se situó a la variable dependiente que en este caso es “síntomas somáticos” y en las columnas a la variable independiente, “depresión”. Una vez definida la relación deseada, se escogió las medidas de relación necesarias para este caso. Se tomó en cuenta que las variables sometidas al análisis eran de tipo ordinal.

Se decidió hacer uso del estadístico ordinal Gamma:

“Gamma es una medida del grado y tipo de asociación entre dos variables cualitativas ordinales que oscila entre -1 (a medida que aumentan los valores de una variable, los de la otra disminuyen) y 1 (a medida que aumentan los valores de una variable los de la otra también aumentan) El 0 indica no asociación. La desventaja de esta medida es que alcanza tales valores aunque la asociación no sea total, es decir, tiende a estar sobrestimada” (*Estadística informática*, s.f., p.6).

Las extensiones de Gamma (D de Sommers, Tau-b- de Kendall y Tau-c- de Kendall también fueron utilizadas con la finalidad de reconfirmar los resultados, se interpreta de la misma forma que Gamma. Se pensó que en caso de que exista una relación entre ambas variables se debía valorar su significación estadística, por lo que se escogió la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson (X^2) para contrastar la hipótesis nula que manifiesta una independencia entre las variables. Para interpretar esta prueba, si el valor de significancia sale menor o igual a 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa la cual indica que existe una dependencia entre las variables (a mayor depresión/ansiedad mayor presencia de síntomas psicosomáticos). La razón de verosimilitud Chi-cuadrado es una alternativa a la prueba anterior que se interpreta de la misma manera. Ambos estadísticos llegan a la misma conclusión (*Estadística informática*, s.f., p.7).

Después fue necesario volver a recodificar la variable de los puntajes totales de síntomas físicos (PHQ-15) en el paquete estadístico con la finalidad de realizar una tabla de contingencia de 2x2 para sacar el test exacto de Fisher y el riesgo (OR) que fue realizado de forma manual sin el paquete estadístico. Se decidió utilizar el test exacto de Fisher porque este experimento tenía un número pequeño de unidades o frecuencias que analizar y sirvió también para examinar si las dos variables (depresión/ síntomas somáticos) realmente estaban asociadas. La evaluación del riesgo fue importante porque la prueba de

chi-cuadrado solo determina si hay correlación entre las variables, OR fue útil para cuantificar la fuerza e importancia de esa asociación.

Se comparó los hechos que se produjeron en los sujetos de la muestra (depresión) en los que el factor estaba presente (con síntomas somáticos) con los que no estaba (sin síntomas somáticos). Para calcularla razón de productos cruzados (OR) se configuró una tabla de 2x2 en Microsoft Excel colocando en las filas la variable dependiente, en este caso a síntomas somáticos y en las columnas a la variable independiente (depresión).

Para calcular OR se utilizó la siguiente fórmula:

$$OR = \frac{a*d}{b*c} \quad \text{(Ecuación1)}$$

Después del procedimiento anterior se realizó cruces entre depresión-síntomas somáticos por género, estado civil y actividad laboral para detectar dichas relaciones y posibles resultados de interés. Se utilizó los estadísticos ordinales (Gamma, D de Somers, Tau-b- de Kendall, Tau-c- de Kendall) y las pruebas de significancia Chi-cuadrado de Pearson y razón de verosimilitud Chi-cuadrado.

Se pudo notar que en la muestra había personas que manifestaban depresión y ansiedad según las escalas respectivas, este fenómeno dio a pensar de que se trataban de verdaderos depresivos. Para este grupo también se realizó una tabla de contingencia para realizar las pruebas de significancia chi-cuadrado y razón de verosimilitudes. También se aplicó los estadísticos ordinales Gamma, D de Somers, Tau-b- de Kendall y Tau-c- de Kendall.

Para la variable ansiedad- síntomas somáticos se realizó el mismo tratamiento a los datos. Se sacaron gráficos de barra para los recuentos necesarios, por ejemplo, para tener una referencia sobre los niveles de ansiedad y también para ver cuantos no tenían ansiedad. Se realizó un gráfico de dispersión para ver la relación entre las variables. Mediante el paquete estadístico se aplicó un

cruce entre la variable ansiedad que se consideró como independiente y síntomas físicos como dependiente. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y los estadísticos para variables ordinales (Gamma, D de Somers, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall). Al tener una muestra con frecuencias pequeñas se realizó una tabla de 2x2 para aplicar el test exacto de Fisher. Se realizó una evaluación de riesgo mediante *odds ratio* (OR). Posteriormente se realizó tablas de contingencia para ver la relación entre ansiedad –síntomas somáticos por género, estado civil y actividad laboral. De igual manera se utilizó la prueba de chi-cuadrado y los estadísticos ordinales.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Para el estudio se logró recolectar los datos de cincuenta personas (N=50) de 30 a 45 años de edad. Como se indica en la Figura 2 (p.43), se pudo notar que en el total de la muestra las edades más frecuentes eran de 30, 39, 40 y 45 años. El 18% (n=9) eran de género masculino y el 82% (n=41) femenino, siendo este género la mayoría como se puede observar en la Figura 3 (p.43). El 46% (n=46) tenía un nivel de instrucción superior, apenas el 8% (4) no cursaron estudios superiores, ver Figura 4 (p. 44). Con respecto al estado civil (Figura 5, p.44) el 20% eran solteros (n=10), el 74% casados (n=37) y el 6% divorciados (n=3). El 16% (8) no ejercían ninguna actividad laboral y el 84% (42) que fueron la mayoría, sí trabajaban (Figura 6, p.45).

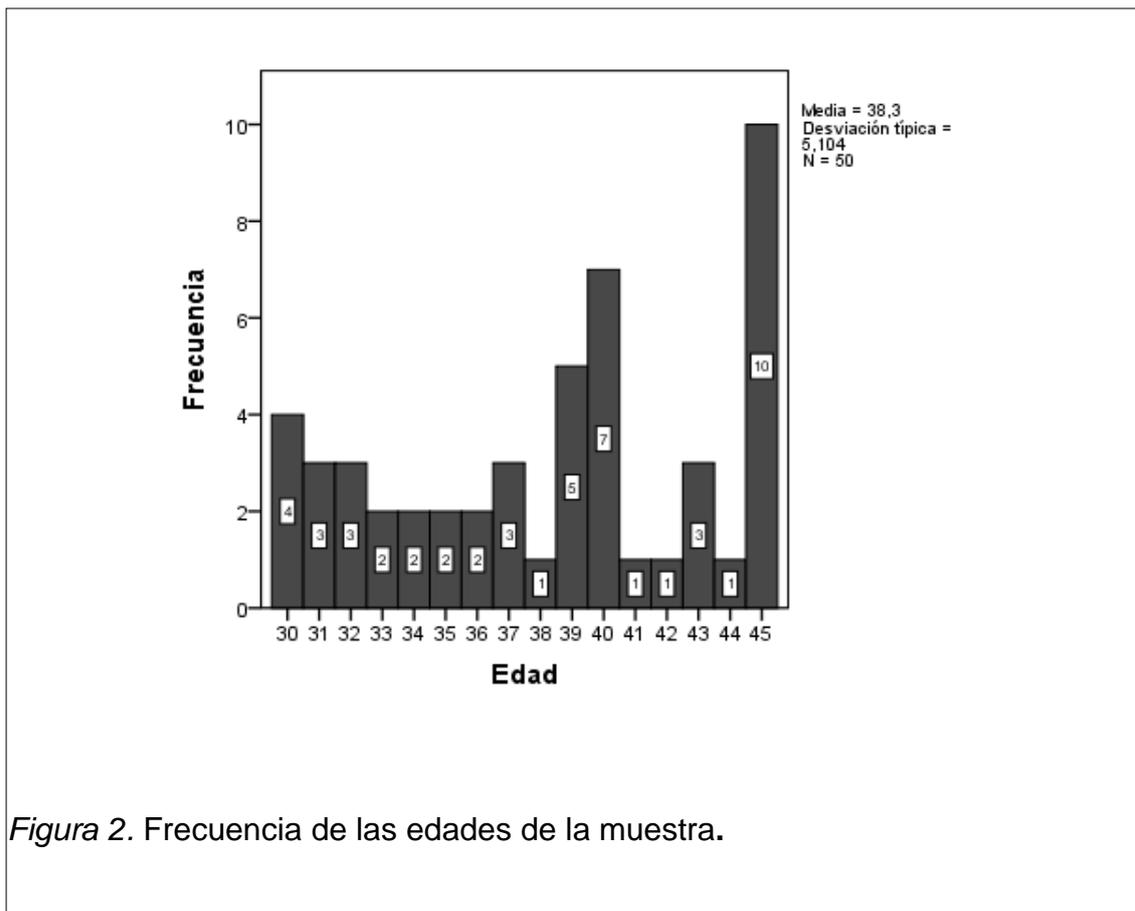


Figura 2. Frecuencia de las edades de la muestra.

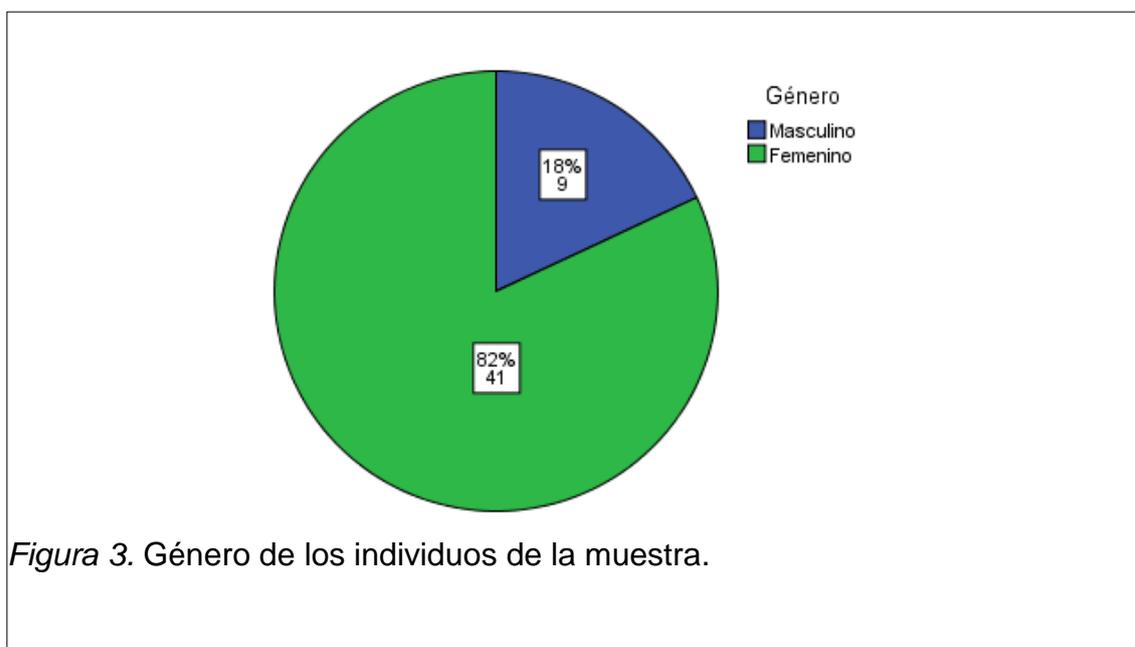
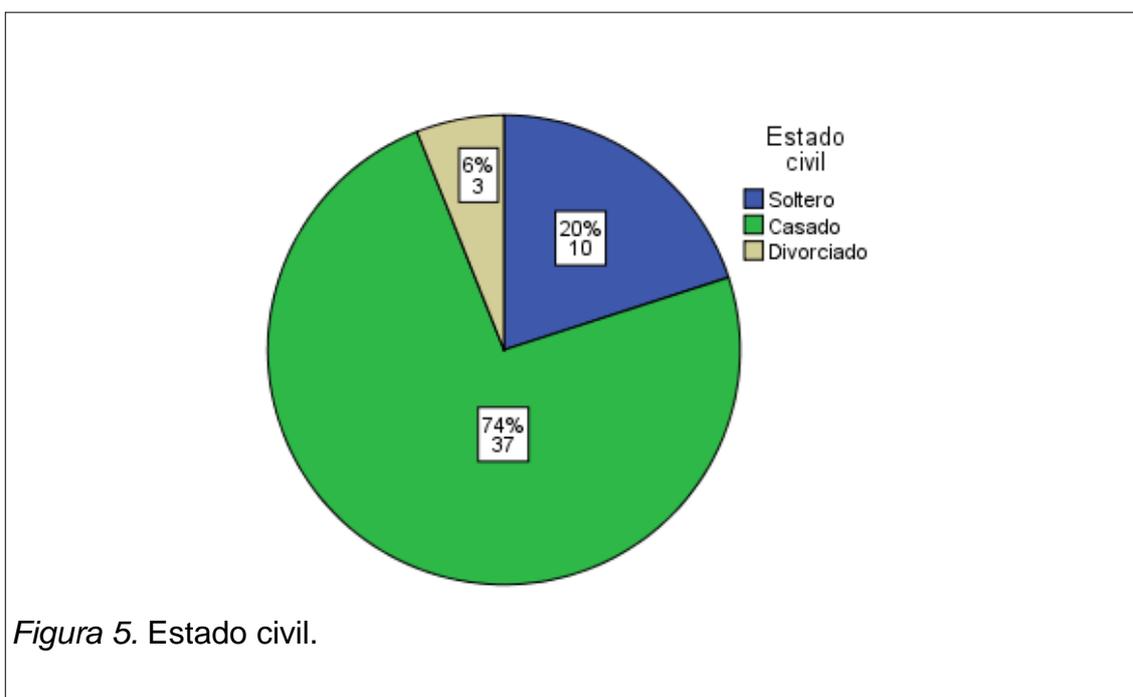
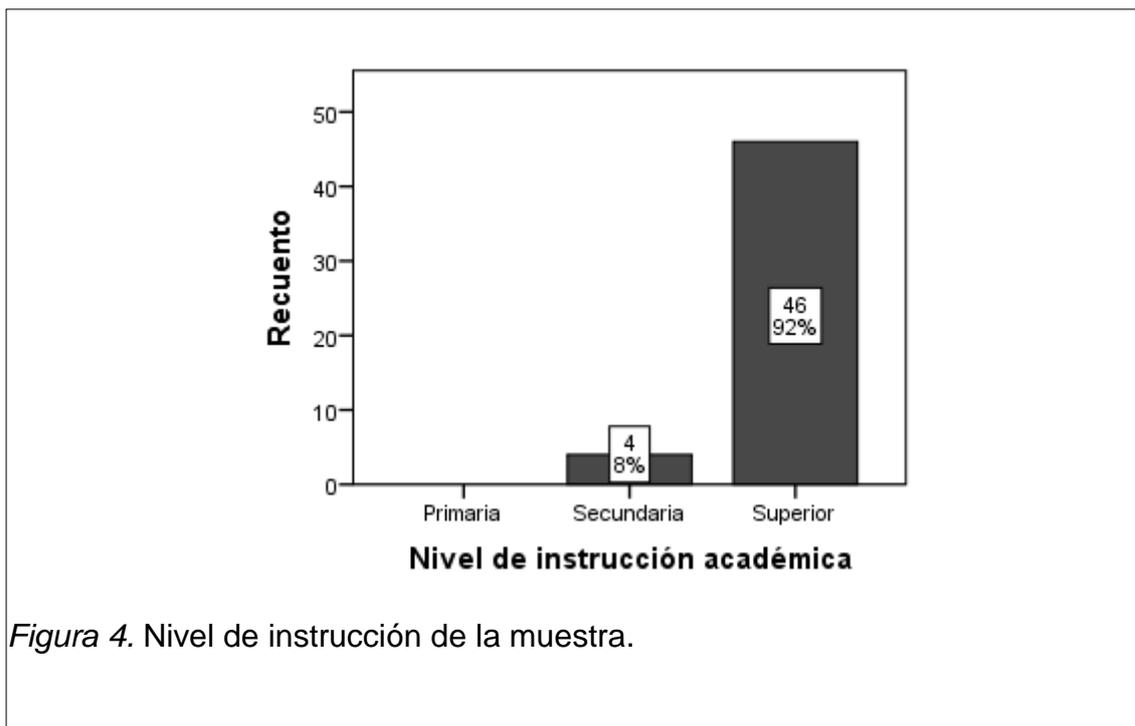
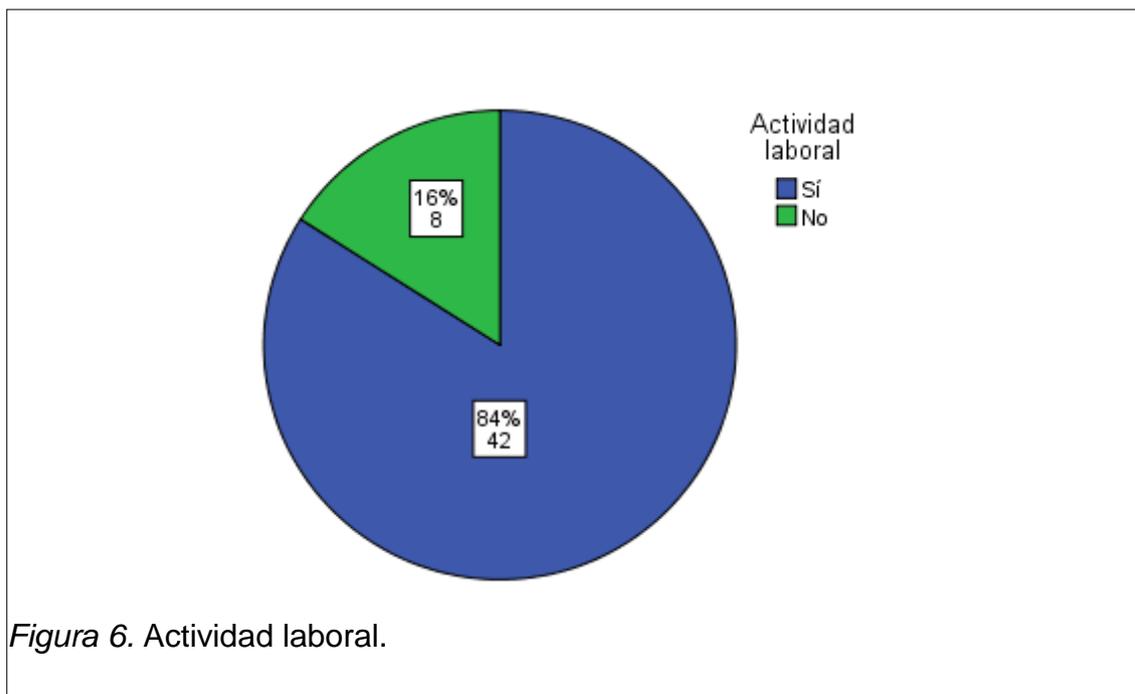


Figura 3. Género de los individuos de la muestra.





5.1. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El 22% (n=11) de los pacientes no presentaron algún trastorno de somatización, es decir de 0 a 4 síntomas físicos. El 40% (20), tenían trastorno de somatización leve (5 a 9 síntomas físicos), el 24% (12) trastorno de somatización moderado (10 a 14 síntomas) y el 14% (7) trastorno de somatización severo (más de 15 síntomas). Ver Figura 7, p. 46.

En la Figura 8 y 9 (p. 47) se encuentran los promedios de los síntomas físicos de la muestra. En el caso de las personas con depresión los síntomas con promedios más altos fueron: dolor de estómago, dolor de espalda, dolor de brazos, dolor menstrual, dolor de cabeza, estreñimiento o diarrea, náuseas - gases o indigestión, sensación de fatiga o poca energía y dificultad para dormir. Lo mismo ocurrió con los pacientes con ansiedad.

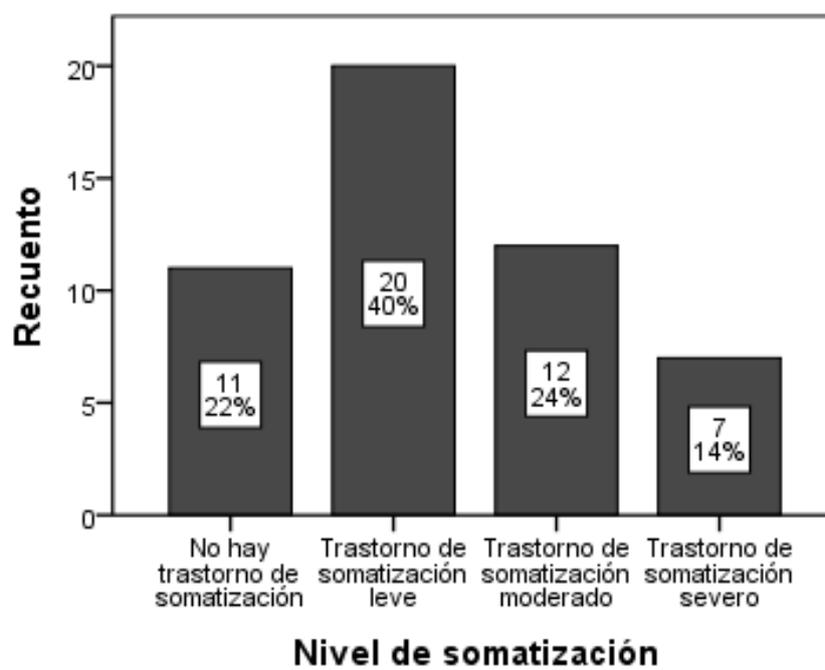
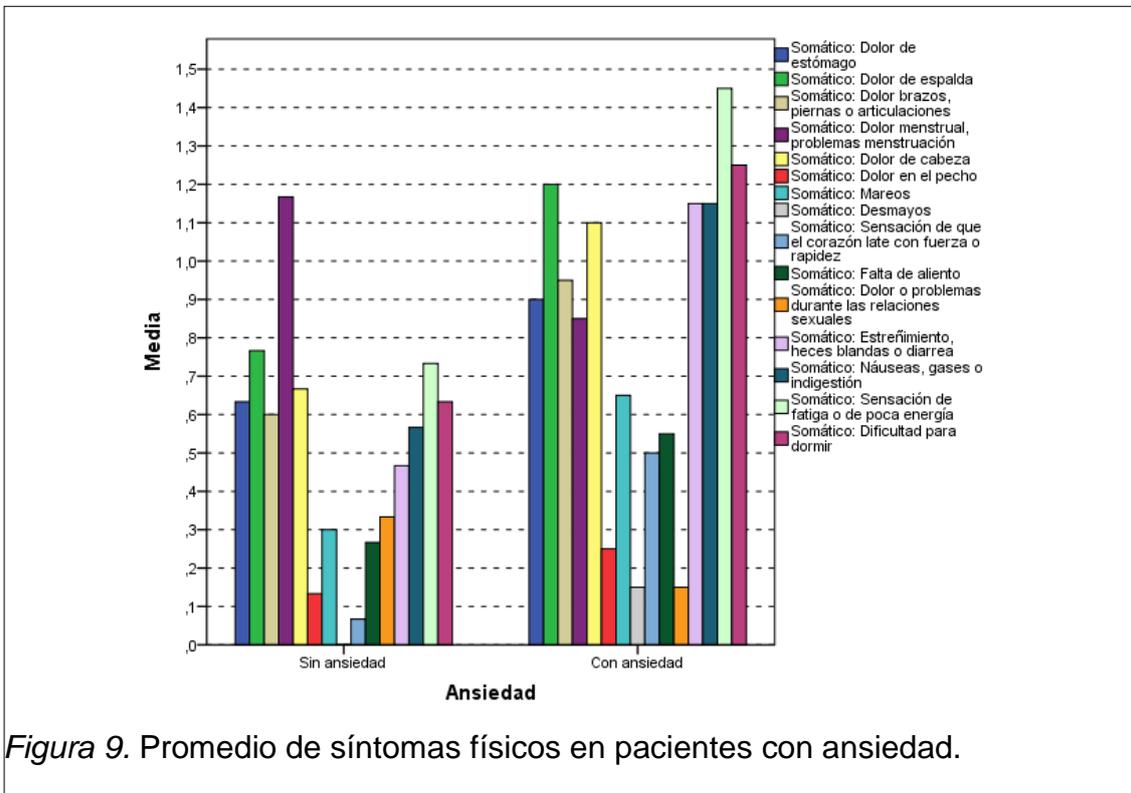
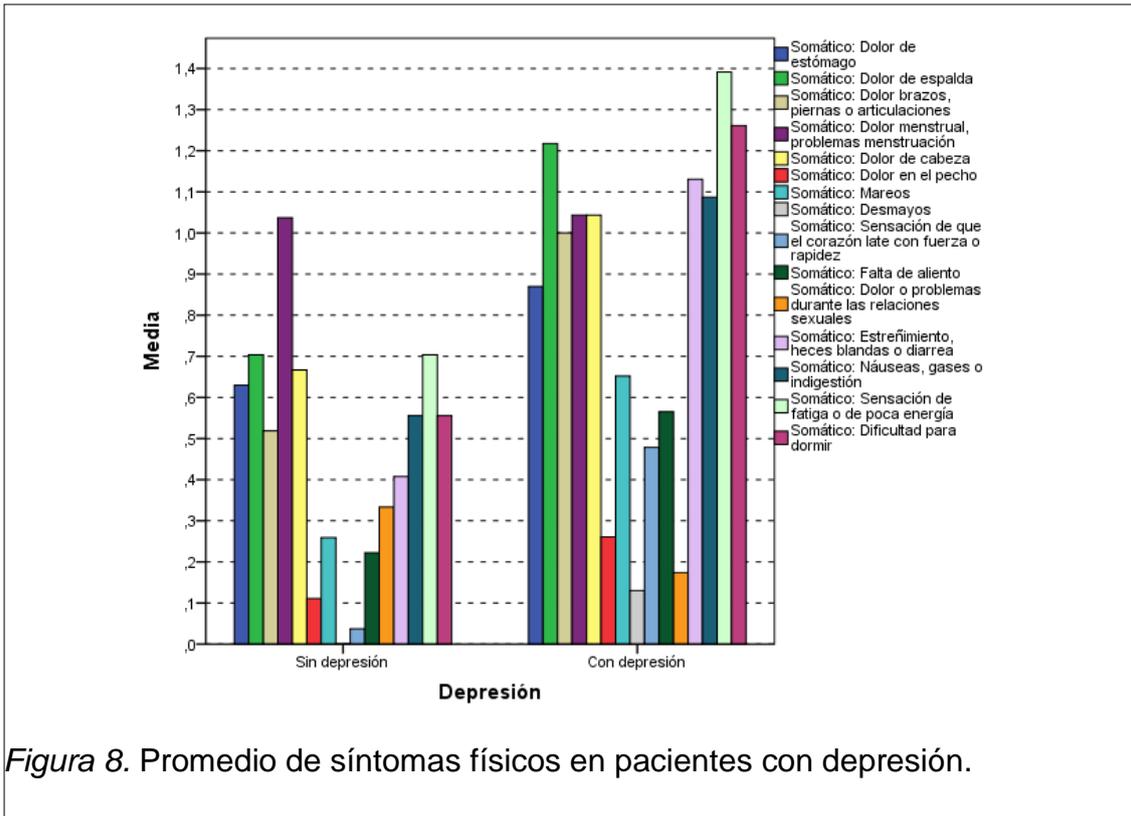


Figura 7. Niveles de somatización.



5.2. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Se observó que el 61% de los pacientes (n=14) presentaban depresión leve, el 17% moderada (n=4), el 13% severa (n=3) y el 9% muy severa (n=2). El 54% de la muestra no presentaban depresión (n=27) y el 46% sufrían depresión (n=23), aquí se agrupó a todos los niveles de depresión.

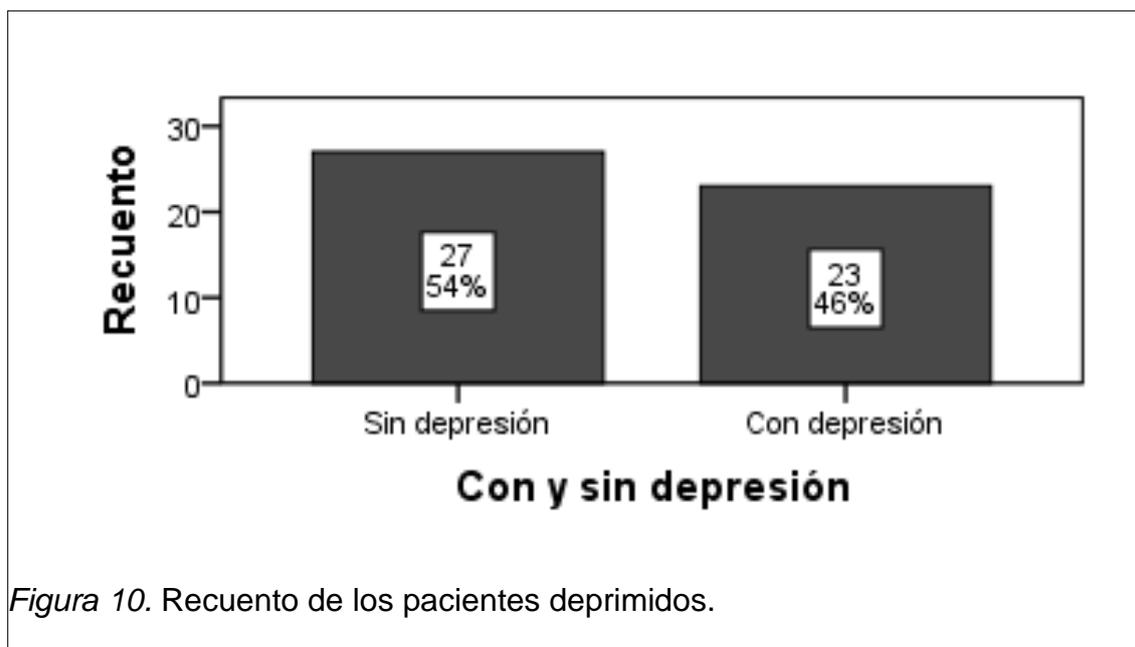
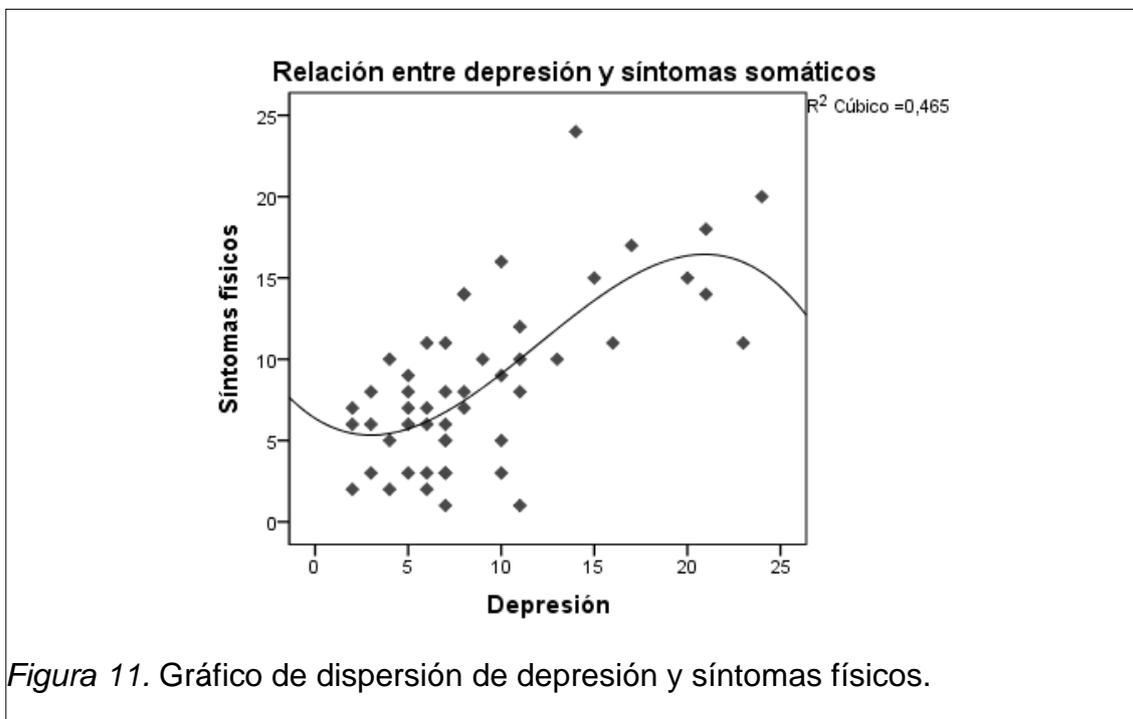


Figura 10. Recuento de los pacientes deprimidos.

Tomando en cuenta los puntajes totales de las escalas HAMD17 de depresión y PHQ-15 de síntomas somáticos se realizó una gráfica de dispersión, la cual salió con una línea de ajuste total cúbica con un R^2 de 0,465.



Mediante el paquete estadístico SPSS, se realizó un cruce de variables entre las personas que presentaron depresión y síntomas físicos utilizando las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado de Pearson y razón de verosimilitud Chi-cuadrado. También se utilizó los estadísticos ordinales como Gamma y sus extensiones: D de Somers, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall. En la Tabla 1 (p. 50) se puede observar que de los 11 que no presentaron trastorno de somatización (0 a 4 síntomas físicos), 9 tenían depresión y 2 no. De 20 personas que tenían de 5 a 9 síntomas físicos (trastorno de somatización leve), 15 tenían depresión y 5 no. De 12 sujetos con 10 a 14 síntomas físicos (trastorno de somatización moderado), 9 tenían depresión y 3 no.

La prueba de significación estadística chi-cuadrado de Pearson (Tabla 2, p. 50) salió con un valor de significancia asintótica de 0,000242 ($p < 0,05$), con un valor de 19,257795, dos casillas (25%) tuvieron una frecuencia esperada inferior a 5, la frecuencia mínima esperada fue de 3,22. La razón de verosimilitud de chi-cuadrado tuvo un valor de 22,573862 y una significancia de 0,000050. Ambas pruebas tienen valores menores a 0,05 lo cual indica que hay una dependencia significativa entre síntomas somáticos y depresión.

Tabla 1. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos

| | | Depresión | | Total |
|-----------------------|--|---------------|---------------|-------|
| | | Sin depresión | Con depresión | |
| Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0 a 4) | 9 | 2 | 11 |
| | Leve (5 a 9) | 15 | 5 | 20 |
| | Moderado (10 a 14) | 3 | 9 | 12 |
| | Severo (más de 15) | 0 | 7 | 7 |
| Total | | 27 | 23 | 50 |

Tabla 2. Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 19,258 ^a | 3 | ,000 |
| Razón de verosimilitudes | 22,574 | 3 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 16,868 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22.

El estadístico para variables ordinales Gamma fue de 0,796407 con un error típico de 0,111490, una T aproximada de 5,486943 y una significancia aproximada de 0,000000. El valor de Tau-b de Kendall fue 0,535798 y el de Tau-c de Kendall 0,638400 como se señala en la Tabla 4 (p.52). La prueba D de Somers (Tabla 3, p.52) salió con un valor de 0,527081. Hubo un error típico de 0,092180, una T aproximada de 5,486943 y una significancia aproximada de 0,000000. La prueba exacta de Fisher tuvo una significancia de 0,046<0,05 (Tabla 5, p.53). De acuerdo a la evaluación del riesgo OR fue de 5,25 (525%), esto quiere decir que estos pacientes tienen un riesgo 5,3 veces el de las personas sin depresión de tener síntomas somáticos. Ver Tabla 6 (p.53). Como se observa, los valores de los estadísticos tienden hacia 1, reafirman la presencia de una asociación, lo mismo indica la prueba exacta de Fisher con su significancia <0,05.

Tabla 3. Resultado del estadístico D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | Simétrica | ,527 | ,092 | 5,487 | ,000 |
| | Nivel de somatización dependiente | ,643 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | Con y sin depresión dependiente | ,447 | ,076 | 5,487 | ,000 |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 4. Resultados de Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | |
|---------------------|------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,536 | ,094 | 5,487 | ,000 |
| | Tau-c de Kendall | ,638 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | Gamma | ,796 | ,111 | 5,487 | ,000 |
| N de casos válidos | | 50 | | | |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 5. Resultado del test exacto de Fisher

| Pruebas de chi-cuadrado | | | | | |
|---|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 4,393 ^a | 1 | ,036 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 3,075 | 1 | ,080 | | |
| Razón de verosimilitudes Estadístico | 4,729 | 1 | ,030 | | |
| exacto de Fisher | | | | ,046 | ,037 |
| Asociación lineal por lineal | 4,306 | 1 | ,038 | | |
| N de casos válidos | 50 | | | | |

*Nota:*a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,06.b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 6. Resultados de la evaluación del riesgo

| Odds ratio | | |
|-----------------------------------|-------------|----------------|
| Probabilidad (odds) con depresión | 10,50 | 1050,00% |
| Probabilidad (odds) sin depresión | 2,00 | 200,00% |
| OR | 5,25 | 525,00% |

Nota: Los pacientes que presentaron depresión, tienen un riesgo 5,3 veces el de las personas sin depresión de tener síntomas somáticos.

5.2.1. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS POR GÉNERO

- **Hombres:**

En la Tabla 7 (p.55), se puede observar que de los 9 hombres de la muestra había 7 sin depresión y 2 con depresión. En los siete que no tenían depresión, 6 tenían de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización) y 1 de 5 a 9 (trastorno de somatización leve). En los 2 con depresión, uno tenía de 5 a 9 síntomas (trastorno de somatización leve) y uno de 10 a 14 síntomas somáticos (trastorno de somatización moderado). En la prueba de chi-cuadrado, para el género masculino salió un valor de 6,107143 con 2 grados de libertad y una significancia de 0,047190. La razón de verosimilitudes tuvo un valor de 6,762123, 2 grados de libertad y 0,034011 de significancia (Tabla 8, p.56). En los hombres el estadístico D de Somers (Tabla 9, p.57) salió con un valor de 0,764706 con un error típico de 0,149505, una T aproximada de 2,200897 (empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula) y una significancia de 0,027743. Gamma salió con un valor de 0,777 (Tabla 10, p.58). Es evidente la presencia de una dependencia entre variables según el valor de significancia $<0,05$ de la prueba chi-cuadrado y la razón de verosimilitudes. Con respecto a los estadísticos D de Somers y Gamma, sus valores indican lo mismo porque tienden hacia 1.

- **Mujeres:**

En un total de 41 mujeres (Tabla 7) de las 20 sin depresión, 3 no tenían trastorno de somatización (0 a 4), 14 de 5 a 9 (leve), 3 de 10 a 14 (moderado) y ninguna mayor a 15 (severo). De las 21 con depresión, 2 tenían de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización), 4 de 5 a 9 (leve), 8 de 10 a 14 (moderado) y 7 tenían más de 15 síntomas físicos (severo). En el género femenino la prueba de chi-cuadrado de Pearson tuvo un valor de 15,012823, 3 grados de libertad y 0,001806 de significancia. El valor de la razón de verosimilitudes fue de 18,123179, tres grados de libertad y 0,000415 de significancia (Tabla 8). En las mujeres la D de Somers tuvo un valor de 0,483516, un error típico de 0,116019, una T aproximada de 4,133017 y

0,000036 de significancia (Tabla 9). El valor de Gamma fue 0,490 (Tabla 10). Los valores de la significancia $<0,05$ de la prueba chi-cuadrado y la razón de verosimilitudes indican una asociación entre variables, los estadísticos D de Somers y Gamma también lo demuestran con sus valores cercanos a 1.

Tabla 7. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por género

| Género | | | Con y sin depresión | | Total |
|-----------|-----------------------|--|---------------------|---------------|-------|
| | | | Sin depresión | Con depresión | |
| Masculino | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 6 | 0 | 6 |
| | | Leve (5-9) | 1 | 1 | 2 |
| | | Moderado (10-14) | 0 | 1 | 1 |
| | Total | | 7 | 2 | 9 |
| Femenino | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 3 | 2 | 5 |
| | | Leve (5-9) | 14 | 4 | 18 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 8 | 11 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 7 | 7 |
| Total | | 20 | 21 | 41 | |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 9 | 2 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 15 | 5 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 7 | 7 |
| Total | | 27 | 23 | 50 | |

Tabla 8. Resultados de las pruebas de chi-cuadrado

| Género | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-----------|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Masculino | Chi-cuadrado de Pearson | 6,107 ^b | 2 | ,047 |
| | Razón de verosimilitudes | 6,762 | 2 | ,034 |
| | Asociación lineal por lineal | 5,429 | 1 | ,020 |
| | N de casos válidos | 9 | | |
| Femenino | Chi-cuadrado de Pearson | 15,013 ^c | 3 | ,002 |
| | Razón de verosimilitudes | 18,123 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 10,853 | 1 | ,001 |
| | N de casos válidos | 41 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,258 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 22,574 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 16,868 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

Nota: a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22. b. 6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22. c. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,44.

Tabla 9. Resultados del estadístico D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | | |
|-----------|---------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|--|
| Género | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Masculino | Ordinal por ordinal | | | | | |
| | d de Somers | ,765 | ,150 | 2,201 | ,028 | |
| | Simétrica | ,929 | ,083 | 2,201 | ,028 | |
| Femenino | Ordinal por ordinal | | | | | |
| | d de Somers | ,650 | ,212 | 2,201 | ,028 | |
| | Simétrica | ,484 | ,116 | 4,133 | ,000 | |
| Total | Ordinal por ordinal | | | | | |
| | d de Somers | ,576 | ,139 | 4,133 | ,000 | |
| | Simétrica | ,417 | ,101 | 4,133 | ,000 | |
| | Ordinal por ordinal | | | | | |
| | d de Somers | ,527 | ,092 | 5,487 | ,000 | |
| | Simétrica | ,643 | ,116 | 5,487 | ,000 | |
| | Ordinal por ordinal | | | | | |
| | d de Somers | ,447 | ,076 | 5,487 | ,000 | |
| | Simétrica | | | | | |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

5.2.2. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS POR ESTADO CIVIL

- **Solteros:**

En los solteros, de un total de 10 personas, 4 no tenían depresión y 6 sí. De los que tenían depresión 1 tenía trastorno de somatización leve, 3 moderado y 2 severo. De los que no tenían depresión solo 4 sufrían un trastorno de somatización leve. Moderado y severo ninguno (Tabla 11, p.61).

La prueba de chi-cuadrado salió con un valor de 6,667 con 6 casillas (100%) tuvieron una frecuencia esperada inferior a 5, la frecuencia mínima esperada fue de 0,80. Tuvo 2 grados de libertad y el nivel de significancia fue de 0,036 (Tabla 12, p.62). El estadístico D de Somers tuvo un valor de 0,727, un error típico asintótico de 0,136 (asumiendo la hipótesis alternativa). Una T aproximada de 4,472 (empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula) y una significancia de 0,000008 (Tabla 13, p.63). El estadístico Tau-b de Kendall salió con un valor de 0,733 con un error típico de 0,137 (asumiendo la hipótesis alternativa), una T aproximada de 4,472 con una significancia de 0,000008. Tau-c de Kendall salió con un valor de 0,800, un error típico de 0,179, una T aproximada de 4,472 y una significancia de 0,000008. Gamma con un valor de 1, tuvo un error típico de 0,00, una T aproximada de 4,472 y una significancia de 0,000008 (Tabla 14, p.64). El valor de la significancia de la prueba chi-cuadrado $<0,05$ señala una correlación entre depresión y síntomas somáticos en solteros. De igual manera confirman los estadísticos Gamma, D de Sommers, Tau-b y c de Kendall con sus valores acercándose a 1

- **Casados:**

En los casados había un total de 37 personas de las cuales 15 tenían depresión y 22 no. En el primer grupo mencionado había 2 que no tenían trastorno de somatización, 4 leve, 5 moderado y 4 severo. De los que no tenían depresión 9 no presentaron trastornos de somatización, 10 leve y 3 moderado y ninguno severo (Tabla 11).

La prueba de chi-cuadrado obtuvo un valor de 10,580 con 3 grados de libertad y una significancia de 0,014 (Tabla 12). D de Somers fue de 0,444 con una significancia de 0,000500 (Tabla 13). Tau-b de Kendall salió con un valor de 0,452 un error típico de 0,124, una T aproximada de 3,481 y una significancia de 0,000500. Tau-c de Kendall obtuvo un valor de 0,529 un error de 0,152 una T aproximada de 2,449 y una significancia de 0,000500. El valor de Gamma fue 0,704, el error típico de 0,161 (asumiendo hipótesis alternativa) y una T aproximada de 3,481. El nivel de significancia era de 0,000500 (Tabla 14). La prueba chi-cuadrado tuvo una significancia $<0,05$ que advierte una asociación entre depresión y síntomas somáticos en casados, de igual manera sucede con los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall que se aproximan a 1.

- **Divorciados:**

En los divorciados ($n=3$), dos tenían depresión donde había una persona con trastorno de somatización moderado y otro severo. De la única persona sin depresión, tenía trastorno de somatización leve (Tabla 11). La prueba de chi-cuadrado fue de 3 con 6 casillas (100%) que tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La significancia fue de 0,223130 (Tabla 12). El estadístico D de Somers para este grupo (Tabla 13) fue de 0,800 con un error típico de 0,163 (asumiendo hipótesis alternativa) con una significancia de 0,014306. Tau-b de Kendall fue de 0,816, el error típico de 0,167 y una significancia de 0,14. El valor de Tau-c de Kendall 0,889 tuvo un error típico de 0,363 y una significancia de 0,14. Con respecto a Gamma que fue de 1 tuvo una significancia de 0,14 con un error típico de 0,000000 (Tabla 14). En los divorciados, no hubo dependencia entre las variables depresión y síntomas somáticos porque la significancia de la prueba chi-cuadrado fue $>0,05$.

Tabla 11. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por estado civil

Recuento

| Estado civil | | | Con y sin depresión | | Total |
|--------------|-----------------------|--|---------------------|---------------|-------|
| | | | Sin depresión | Con depresión | |
| Soltero | Nivel de somatización | Leve (5-9) | 4 | 1 | 5 |
| | | Moderado (10-14) | 0 | 3 | 3 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 2 | 2 |
| | Total | | 4 | 6 | 10 |
| Casado | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 9 | 2 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 10 | 4 | 14 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 5 | 8 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 4 | 4 |
| Total | | 22 | 15 | 37 | |
| Divorciado | Nivel de somatización | Leve (5-9) | 1 | 0 | 1 |
| | | Moderado (10-14) | 0 | 1 | 1 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 1 | 1 |
| | Total | | 1 | 2 | 3 |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 9 | 2 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 15 | 5 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 7 | 7 |
| Total | | 27 | 23 | 50 | |

Tabla 12. Pruebas de chi-cuadrado por estado civil

| | | Pruebas de chi-cuadrado | | |
|--------------|------------------------------|-------------------------|----|--------------------------------|
| Estado civil | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Soltero | Chi-cuadrado de Pearson | 6,667 ^b | 2 | ,036 |
| | Razón de verosimilitudes | 8,456 | 2 | ,015 |
| | Asociación lineal por lineal | 4,820 | 1 | ,028 |
| | N de casos válidos | 10 | | |
| Casado | Chi-cuadrado de Pearson | 10,580 ^c | 3 | ,014 |
| | Razón de verosimilitudes | 12,193 | 3 | ,007 |
| | Asociación lineal por lineal | 9,468 | 1 | ,002 |
| | N de casos válidos | 37 | | |
| Divorciado | Chi-cuadrado de Pearson | 3,000 ^d | 2 | ,223 |
| | Razón de verosimilitudes | 3,819 | 2 | ,148 |
| | Asociación lineal por lineal | 1,500 | 1 | ,221 |
| | N de casos válidos | 3 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,258 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 22,574 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 16,868 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22.b. 6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.c. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.d. 6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33.

Tabla 13. D de Somers

Medidas direccionales

| Estado civil | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|--------------|---|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Soltero | Ordinal por ordinal | ,727 | ,136 | 4,472 | ,000 |
| | d de Somers | ,833 | ,152 | 4,472 | ,000 |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,645 | ,166 | 4,472 | ,000 |
| Casado | Ordinal por ordinal | ,444 | ,121 | 3,481 | ,001 |
| | d de Somers | ,548 | ,154 | 3,481 | ,001 |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,372 | ,100 | 3,481 | ,001 |
| Divorciado | Ordinal por ordinal | ,800 | ,163 | 2,449 | ,014 |
| | d de Somers | 1,000 | 0,000 | 2,449 | ,014 |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,667 | ,272 | 2,449 | ,014 |
| Total | Ordinal por ordinal | ,527 | ,092 | 5,487 | ,000 |
| | d de Somers | ,643 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,447 | ,076 | 5,487 | ,000 |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 14. Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | | |
|--------------|---------------------|---|--------------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| Estado civil | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Soltero | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,733 | ,137 | 4,472 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,800 | ,179 | 4,472 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | 1,000 | 0,000 | 4,472 | ,000 |
| | N de casos válidos | 10 | | | | |
| Casado | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,452 | ,124 | 3,481 | ,001 |
| | | Tau-c de Kendall | ,529 | ,152 | 3,481 | ,001 |
| | | Gamma Orden cero | ,704 | ,161 | 3,481 | ,001 |
| | N de casos válidos | 37 | | | | |
| Divorciado | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,816 | ,167 | 2,449 | ,014 |
| | | Tau-c de Kendall | ,889 | ,363 | 2,449 | ,014 |
| | | Gamma Orden cero | 1,000 | 0,000 | 2,449 | ,014 |
| | N de casos válidos | 3 | | | | |
| Total | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,536 | ,094 | 5,487 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,638 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero Parcial de primer orden | ,796 ,728 | ,111 | 5,487 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | | | |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

5.2.3. DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS CON ACTIVIDAD LABORAL

- **Pacientes con actividad laboral:**

Había 42 personas que tenían alguna actividad laboral donde 24 no tenían depresión y 18 sí (Tabla 15, p.67). En este grupo 8 personas solo tenían de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 18 tenían de 5 a 9 síntomas (trastorno de somatización leve), 11 de 10 a 14 (moderado) y 5 más de 15 síntomas somáticos (severo). Del grupo de 24 pacientes sin depresión, 8 tenían de 0 a 4 síntomas somáticos, 13 de 5 a 9 (leve), 3 de 10 a 14 (moderado) y ninguno más de 15 (severo). De los sujetos que manifestaban depresión ninguno tenía de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 5 tenían de 5 a 9 (leve), 8 de 10 a 14 (moderado) y 5 más de 15 síntomas somáticos (severo). La prueba de chi-cuadrado fue de 18,346 con 5 casillas (62,5%) que tenían una frecuencia esperada inferior a 5. Había 3 grados de libertad y una significancia de 0,000373 (Tabla 16, p.68). D de Somers fue de 0,598 con un error de 0,074 y una significancia de 0,000000 (Tabla 17, p.69). Tau-b de Kendall con un valor de 0,607 y 0,75 de error tuvo una significancia de 0,00. Tau-c de Kendall también tuvo la misma significancia pero con un valor de 0,710 y un error de 0,101. Gamma con 0,913 de valor y un error de 0,063 tuvo una significancia de 0,00 (Tabla 18, p.70).

La significancia $<0,05$ de la prueba chi-cuadrado expresó una correlación positiva entre depresión y síntomas somáticos en personas con actividad laboral. Los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall también manifestaron lo mismo debido a que sus valores se acercan a 1.

- **Pacientes sin actividad laboral:**

Había 8 pacientes que no tenían actividad laboral de los cuales 3 no tenían depresión y 5 sí (Tabla 15). Tres tenían de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización), dos con 5 a 9 síntomas (leve), uno de 10 a 14 (moderado) y 2 más de 15 (severo). En el grupo sin depresión (n=3), una persona tenía de 0 a 4 síntomas somáticos y 2 de 5 a 9 (leve). Ninguno tenía de 10 a 14 (moderado) y más de 15 (severo). De los depresivos (n=5), dos tenían de 0 a 4 (no hay trastorno de somatización), ninguno de 5 a 9 (leve), uno de 10 a 14 (moderado) y dos más de 15 (severo). La prueba χ^2 con un valor de 5,156 tenía 8 casillas (100%) con una frecuencia esperada inferior a 5. Tres grados de libertad y una significancia de 0,161 (Tabla 16). D de Somers tenía un valor de 0,263 con un error típico de 0,295 y una significancia de 3,88 (Tabla 17). Tau-b de Kendall tuvo un valor de 0,269 y una significancia de 0,388. Tau-c de Kendall tenía la misma significancia que el anterior estadístico con un valor de 0,313. Gamma fue de 0,385 y una significancia de 0,388 (Tabla 18). La correlación en pacientes sin actividad laboral fue negativa, la significancia de la prueba chi-cuadrado es mayor a 0,05 y los valores de los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall no se acercan a 1.

Tabla 15. Tabla de contingencia de depresión y síntomas somáticos por actividad laboral

Recuento

| Actividad laboral | | | Con y sin depresión | | Total |
|-------------------|-----------------------|--|---------------------|---------------|-------|
| | | | Sin depresión | Con depresión | |
| Sí | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 8 | 0 | 8 |
| | | Leve (5-9) | 13 | 5 | 18 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 8 | 11 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 5 | 5 |
| | | Total | 24 | 18 | 42 |
| No | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 1 | 2 | 3 |
| | | Leve (5-9) | 2 | 0 | 2 |
| | | Moderado (10-14) | 0 | 1 | 1 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 2 | 2 |
| | | Total | 3 | 5 | 8 |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 9 | 2 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 15 | 5 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 7 | 7 |
| | | Total | 27 | 23 | 50 |

Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado

| Actividad laboral | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Sí | Chi-cuadrado de Pearson | 18,346 ^b | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 23,203 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 17,604 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 42 | | |
| No | Chi-cuadrado de Pearson | 5,156 ^c | 3 | ,161 |
| | Razón de verosimilitudes | 6,766 | 3 | ,080 |
| | Asociación lineal por lineal | ,994 | 1 | ,319 |
| | N de casos válidos | 8 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,258 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 22,574 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 16,868 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22.b. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,14.c. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Tabla 17. D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | |
|-------------------|--|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Actividad laboral | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Sí | Ordinal por ordinal | ,598 | ,074 | 7,014 | ,000 |
| | d de Somers | ,725 | ,098 | 7,014 | ,000 |
| | Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,509 | ,060 | 7,014 | ,000 |
| No | Ordinal por ordinal | ,263 | ,295 | ,864 | ,388 |
| | d de Somers | ,333 | ,381 | ,864 | ,388 |
| | Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,217 | ,241 | ,864 | ,388 |
| Total | Ordinal por ordinal | ,527 | ,092 | 5,487 | ,000 |
| | d de Somers | ,643 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | Nivel de somatización dependiente Con y sin depresión dependiente | ,447 | ,076 | 5,487 | ,000 |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 18. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| Actividad laboral | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Sí | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,607 | ,075 | 7,014 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,710 | ,101 | 7,014 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,913 | ,063 | 7,014 | ,000 |
| | N de casos válidos | 42 | | | | |
| No | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,269 | ,302 | ,864 | ,388 |
| | | Tau-c de Kendall | ,313 | ,362 | ,864 | ,388 |
| | | Gamma Orden cero | ,385 | ,426 | ,864 | ,388 |
| | N de casos válidos | 8 | | | | |
| Total | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,536 | ,094 | 5,487 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,638 | ,116 | 5,487 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,796 | ,111 | 5,487 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | | | |
| | | Parcial de primer orden | ,893 | | | |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

5.2.4. PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Como se puede ver en la Tabla 19 (p.72), de las 50 personas, 15 presentaron depresión y ansiedad a la vez, 35 no manifestaron esta problemática. Once no presentaban de 0 a 4 (síntomas somáticos no hay trastorno de somatización), 20 de 5 a 9 (leve), 12 de 10 a 14 (moderado) y 7 más de 15 síntomas físicos (severo). De los 35 que no tenían depresión y ansiedad a la vez, 10 no presentaron de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 18 de 5 a 9 (leve), 6 de 10 a 14 (moderado) y 1 más de 15 (severo). En el grupo de los que presentaron depresión y ansiedad ($n=15$), 1 tenía de 0 a 4 síntomas somáticos (no hay trastorno de somatización), 2 de 5 a 9 (leve), 6 de 10 a 14 (moderado) y 6 más de 15 (severo). La prueba de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 20, p.72) fue de 18,732 donde 4 casillas (50%) tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia esperada era de 2,10. Había 3 grados de libertad y 0,000311 de significancia ($p < 0,05$). D de Somers fue de 0,489 (Tabla 21, p.73). Tau-b de Kendall tenía un valor de 0,507 y 0,103 de error, Tau-c de Kendall 0,555 y 0,130 de error, el valor de Gamma fue 0,794 y 0,127 de error (Tabla 22, p.73). La T aproximada de estos estadísticos fue 4,273 y la significancia 0,000019 ($p < 0,05$).

En este grupo de pacientes que presentaron depresión y ansiedad a la vez, la correlación fue positiva con respecto a los síntomas somáticos, el valor de la significancia de la prueba chi-cuadrado es $<0,05$. Los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall también confirman una asociación debido a que sus valores tienden a 1.

Tabla 19. Tabla de contingencia de pacientes que presentaron depresión y ansiedad a la vez

Recuento

| | | Pacientes con depresión y ansiedad | | Total |
|-----------------------|--|------------------------------------|--------------------------|-------|
| | | Sin depresión y ansiedad | Con depresión y ansiedad | |
| Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | Leve (5-9) | 18 | 2 | 20 |
| | Moderado (10-14) | 6 | 6 | 12 |
| | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| Total | | 35 | 15 | 50 |

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 18,732 ^a | 3 | ,000 |
| Razón de verosimilitudes | 19,004 | 3 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 15,681 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,10.

Tabla 21. D de Somers

| Medidas direccionales | | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|-----------------------|-------------|--|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Ordinal por ordinal | d de Somers | Simétrica | ,489 | ,100 | 4,273 | ,000 |
| | | Nivel de somatización dependiente | ,661 | ,131 | 4,273 | ,000 |
| | | Pacientes con depresión y ansiedad dependiente | ,389 | ,087 | 4,273 | ,000 |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

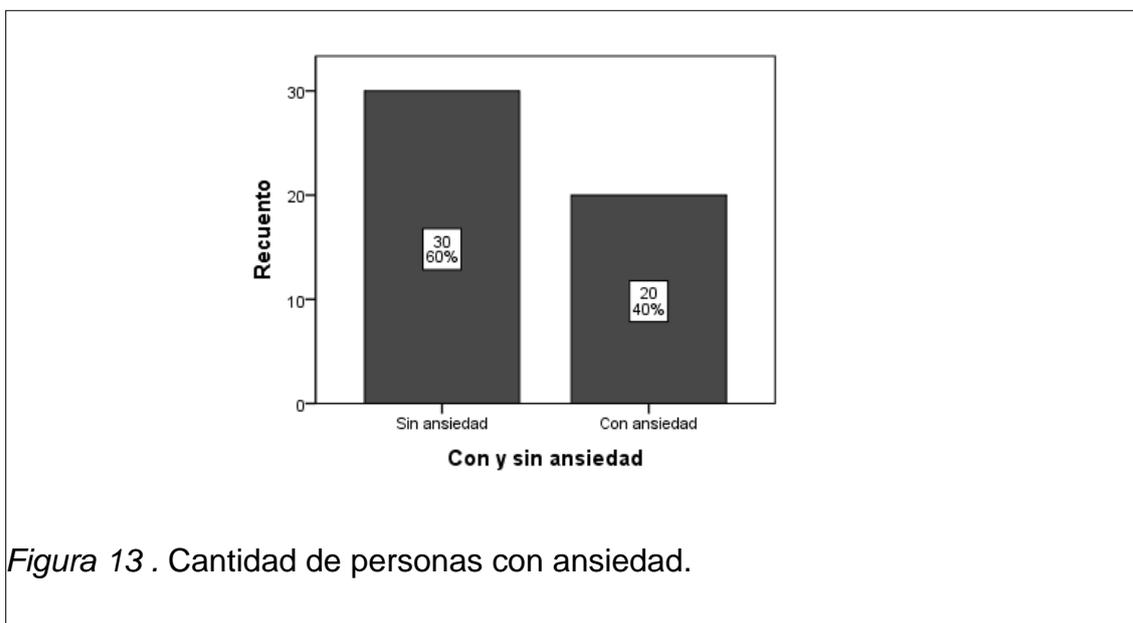
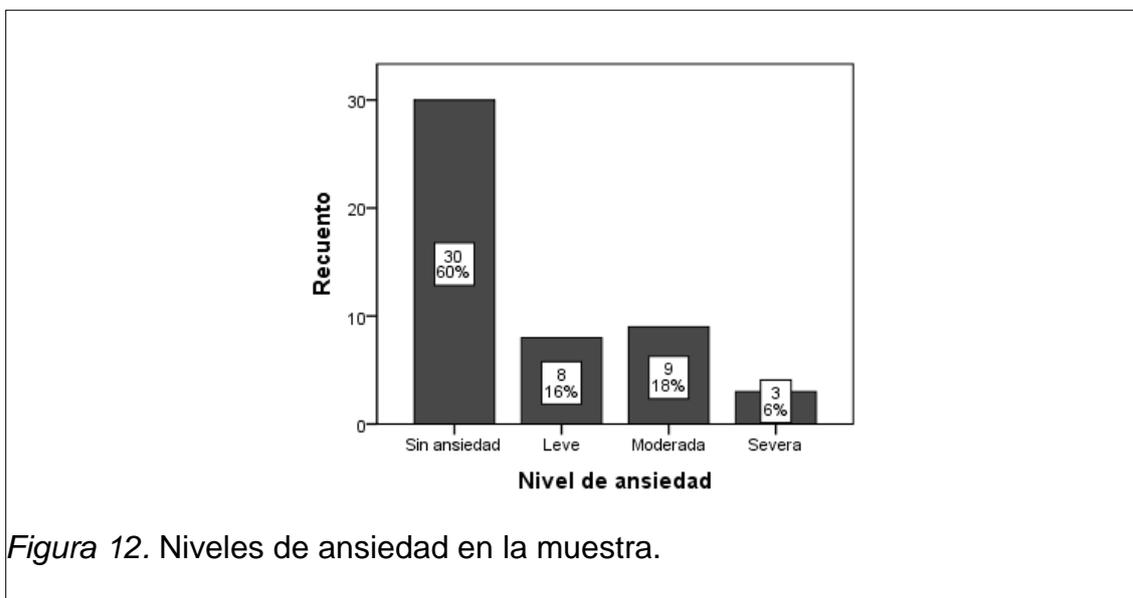
Tabla 22. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c Kendall

| Medidas simétricas | | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|---------------------|------------------|--|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | | ,507 | ,103 | 4,273 | ,000 |
| | Tau-c de Kendall | | ,555 | ,130 | 4,273 | ,000 |
| | Gamma | | ,794 | ,127 | 4,273 | ,000 |
| N de casos válidos | | | 50 | | | |

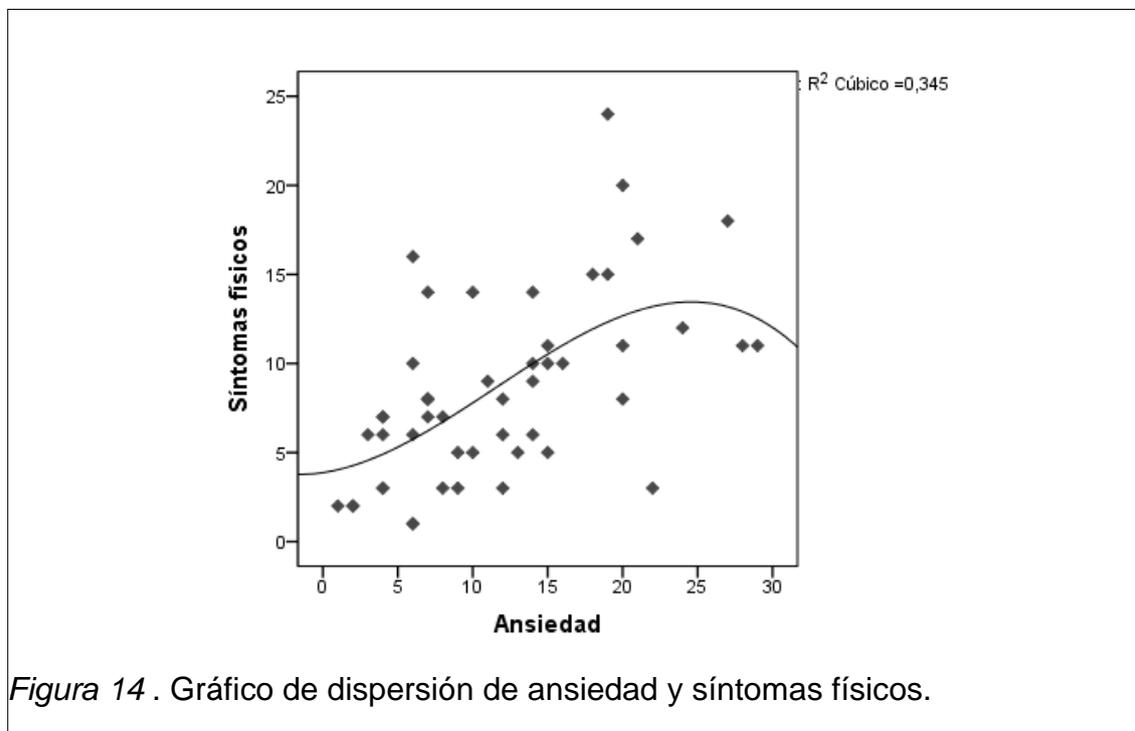
Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

5.3. ANSIEDAD

En la muestra, el 60% no tenía ansiedad (n=30), el 16% tenía una ansiedad leve (n=8), el 18%(9) moderada y el 6%(3) severa. En total había 20 personas con ansiedad (40%) y 30 sin ansiedad (60%).



Tomando en cuenta los puntajes totales de las escalas HAMA de ansiedad y PHQ-15 de síntomas somáticos se realizó una gráfica de dispersión, la cual salió con una línea de ajuste total cúbica con un R^2 de 0,345. Figura 14 (p.75).



5.3.1. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Como se puede observar en la tabla de contingencia, del total de cincuenta personas 11 tenían de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 20 de 5 a 9 (leve), 12 de 10 a 14 (moderado) y 7 más de quince síntomas somáticos (severo). Ver Tabla 23 (p.76). Del grupo que no tenía ansiedad ($n=30$), 10 tenían de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 16 de 5 a 9 (leve), 3 de 10 a 14 (moderado) y 1 más de 15 síntomas (severo). De los 20 que tenían ansiedad, 1 tenía de 0 a 4 síntomas somáticos, 4 de 5 a 9 (leve), 9 de 10 a 14 (moderado) y 6 más de 15 (severo).

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 24, p.77) fue de 19,932 donde 4 casillas (50%) tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada era 2,80. Habían tres grados de libertad y una significancia de 0,000175 ($p<0,05$). La razón de verosimilitudes fue de 21,345 con 3 grados

de libertad y una significancia de 0,000089 ($p < 0,05$). D de Somers con 0,540 de y un error típico asintótico de 0,090 (Tabla 25, p.78) alcanzó un valor de significancia de 0,00.

El estadístico Tau-b de Kendall fue de 0,551 y su significancia de 0,00. Tau-c de Kendall de 0,645 tuvo la misma significancia que el anterior y Gamma con un valor aproximándose al 1 (0,817) con significancia 0,00 (Tabla 26, p.79). El test exacto de Fisher (Tabla 27, p.80) fue de 0,033350 ($p < 0,05$) y el riesgo OR 9,5 (Tabla 28, p.80).

Los valores obtenidos indican una correlación positiva entre ansiedad y síntomas somáticos debido a que la significancia de la prueba chi-cuadrado, la razón de verosimilitudes y el test exacto de Fisher tienen valores menores a 0,05. Con respecto a los estadísticos Gamma, Tau-b y c de Kendall se reconfirma una dependencia entre variables, como se pudo observar sus valores tienden a 1. *Odds ratio* (OR) indica que de los pacientes que acuden a ese espacio médico y presentan ansiedad tienen un riesgo 9,5 veces el de las personas sin ansiedad de tener síntomas psicósomáticos.

Tabla 23. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos

| Recuento | | Con y sin ansiedad | | Total |
|-----------------------|--|--------------------|--------------|-------|
| | | Sin ansiedad | Con ansiedad | |
| Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | Leve (5-9) | 16 | 4 | 20 |
| | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| Total | | 30 | 20 | 50 |

Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 19,932 ^a | 3 | ,000 |
| Razón de verosimilitudes | 21,345 | 3 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 17,211 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 50 | | |

Nota: a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.

Tabla 25. D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | d de Somers Simétrica | ,540 | ,090 | 5,606 | ,000 |
| | Nivel de somatización dependiente | ,672 | ,113 | 5,606 | ,000 |
| | Con y sin ansiedad dependiente | ,451 | ,077 | 5,606 | ,000 |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 26. Estadísticos Gamma, Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall

| Medidas simétricas | | | | |
|---------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | | | | |
| Tau-b de Kendall | ,551 | ,092 | 5,606 | ,000 |
| Tau-c de Kendall | ,645 | ,115 | 5,606 | ,000 |
| Gamma | ,817 | ,105 | 5,606 | ,000 |
| N de casos válidos | 50 | | | |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 27. Prueba exacta de Fisher

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,614 ^a | 1 | ,018 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 4,084 | 1 | ,043 | | |
| Razón de verosimilitudes | 6,559 | 1 | ,010 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,033 | ,018 |
| Asociación lineal por lineal | 5,502 | 1 | ,019 | | |
| N de casos válidos | 50 | | | | |

*Nota:*a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,40.b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 28. Evaluación del riesgo

| Odds ratio | | % |
|----------------------------------|------------|---------------|
| Probabilidad (odds) con ansiedad | 0,95 | 95,0% |
| Probabilidad (odds) sin ansiedad | 0,1 | 10,0% |
| OR | 9,5 | 950,0% |

Nota: Las personas con ansiedad tienen un riesgo 9,5 veces el de los individuos sin ansiedad de tener síntomas psicósomáticos.

5.3.2. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS POR GÉNERO

- **Género masculino:**

La muestra se conformaba por 9 hombres, 8 sin ansiedad y uno con ansiedad. Seis no tenían trastornos de somatización (0 a 4 síntomas somáticos), 2 de 5 a 9 (leve) y 1 de 10 a 14 síntomas (moderado). Tabla 29 (p.83). De los pacientes que no presentaban ansiedad, 6 tenían de 0 a 4 síntomas somáticos (no hay trastorno de somatización), uno tenía de 5 a 9 (leve) y 1 de 10 a 14 (moderado). En el grupo de pacientes ansiosos nadie presentaba de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización) y algún trastorno de somatización moderado (10 a 14). Solo había una persona con trastorno de somatización leve (5 a 9). La prueba de chi-cuadrado fue de 3,938 con 5 casillas (83,3%) que tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada era de 0,11. Habían 2 grados de libertad y una significancia de 0,140 ($p > 0,05$). La razón de verosimilitudes fue de 3,506, 2 grados de libertad y 0,173 de significancia. Tabla 30 (p.84). El valor de D de Somers fue 0,357 con un error típico de 0,226 y una significancia de 0,274 (Tabla 31, p.85). El de Tau-b de Kendall fue 0,395 y el error de 0,250, Tau-c de Kendall fue de 0,247 y su error de 0,226. El valor de Gamma era 0,714, su error de 0,265. Estos tres últimos estadísticos tenían una significancia de 0,274. Tabla 32 (p.86).

Como se puede notar, no hubo dependencia entre las variables ansiedad y síntomas somáticos en varones, el valor de la significancia de la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitudes fue mayor a 0,05. Los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall no tuvieron valores cercanos a 1. Gamma sí tuvo un valor que tiende a 1, sin embargo, la significancia fue mayor a 0,05 lo cual indica que no es un valor fiable y se vuelve a rechazar la dependencia entre variables.

- **Género femenino:**

De las 41 mujeres de la muestra (N=50), 19 tenían ansiedad y 22 no. Cinco tenían de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 18 de 5 a 9 (leve), 11 de 10 a 14 (moderado) y 7 más de 15 (severo).Tabla 29. De las que no tenían ansiedad (n=22), 4 no tenían trastorno de somatización (0 a 4), 15 tenían 5 a 9 síntomas somáticos (leve), 2 moderado (10 a 14) y 1 más de 15 (severo).Las que no presentaron ansiedad (n=19), una paciente no tenía somatización (0 a 4), 3 leve (5 a 9), 9 moderado (10 a 14) y 6 severo (más de 15). La prueba de chi-cuadrado de Pearson fue de 17,701. Cuatro casillas (50%) tenían una frecuencia esperada inferior a 5 y una mínima esperada de 2,32. Había 3 grados de libertad y una significancia de $0,000507 < 0,05$. La significancia de la razón de verosimilitudes fue 0,000246 (Tabla 30).El estadístico D de Somers fue 0,547, el error típico 0,109 y la significancia 0,000001 (Tabla 31).Tau-b de Kendall con un valor de 0,554 y un error de 0,111 tenía 0,000001 de significancia. Tau-c de Kendall (0,650) y su error de 0,131 tuvo la misma significancia anterior, lo mismo el estadístico Gamma con su valor de 0,817 y 0,115 de error (Tabla 32).

Los resultados anteriores indican que hubo dependencia entre las variables ansiedad y síntomas somáticos en mujeres debido a que la significancia de la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitudes fue menor a 0,05. Los valores de los estadísticos D de Somers, Gamma, Tau-b y c de Kendall se aproximan a 1, por lo tanto, confirman nuevamente una asociación entre variables.

Tabla 29. Relación entre ansiedad y síntomas somáticos por género

Recuento

| Género | | | Con y sin ansiedad | | Total |
|-----------|-----------------------|--|--------------------|--------------|-------|
| | | | Sin ansiedad | Con ansiedad | |
| Masculino | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 6 | 0 | 6 |
| | | Leve (5-9) | 1 | 1 | 2 |
| | | Moderado (10-14) | 1 | 0 | 1 |
| | Total | | 8 | 1 | 9 |
| Femenino | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 4 | 1 | 5 |
| | | Leve (5-9) | 15 | 3 | 18 |
| | | Moderado (10-14) | 2 | 9 | 11 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| Total | | 22 | 19 | 41 | |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 16 | 4 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| Total | | 30 | 20 | 50 | |

Tabla 30. Pruebas de chi-cuadrado

| Género | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-----------|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Masculino | Chi-cuadrado de Pearson | 3,938 ^b | 2 | ,140 |
| | Razón de verosimilitudes | 3,506 | 2 | ,173 |
| | Asociación lineal por lineal | ,658 | 1 | ,417 |
| | N de casos válidos | 9 | | |
| Femenino | Chi-cuadrado de Pearson | 17,701 ^c | 3 | ,001 |
| | Razón de verosimilitudes | 19,221 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 13,195 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 41 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,932 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 21,345 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 17,211 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.b. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.c. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,32.

Tabla 31. D de Somers

Medidas direccionales

| Género | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Masculino Ordinal por ordinal | d de Somers | ,357 | ,226 | 1,094 | ,274 |
| | Simétrica | ,625 | ,246 | 1,094 | ,274 |
| | Nivel de somatización dependiente | ,250 | ,240 | 1,094 | ,274 |
| Femenino Ordinal por ordinal | Con y sin ansiedad dependiente | ,547 | ,109 | 4,959 | ,000 |
| | d de Somers | ,653 | ,131 | 4,959 | ,000 |
| | Simétrica | ,470 | ,096 | 4,959 | ,000 |
| Total Ordinal por ordinal | Con y sin ansiedad dependiente | ,540 | ,090 | 5,606 | ,000 |
| | d de Somers | ,672 | ,113 | 5,606 | ,000 |
| | Simétrica | ,451 | ,077 | 5,606 | ,000 |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 32. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | | |
|-----------|---------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| Género | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Masculino | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,395 | ,250 | 1,094 | ,274 |
| | | Tau-c de Kendall | ,247 | ,226 | 1,094 | ,274 |
| | | Gamma Orden cero | ,714 | ,265 | 1,094 | ,274 |
| | N de casos válidos | 9 | | | | |
| Femenino | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,554 | ,111 | 4,959 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,650 | ,131 | 4,959 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,791 | ,128 | 4,959 | ,000 |
| | N de casos válidos | 41 | | | | |
| Total | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,551 | ,092 | 5,606 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,645 | ,115 | 5,606 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,817 | ,105 | 5,606 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | | | |
| | | Parcial de primer orden | ,790 | | | |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

5.3.3. ANSIEDAD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS POR ESTADO CIVIL

- **Solteros:**

En la muestra había 10 solteros, entre estos 6 no tenían ansiedad y 4 sí. Cinco personas tenían de 5 a 9 síntomas somáticos (trastorno de somatización leve), 3 de 10 a 14 (moderado) y 2 más de 15 (severo). Tabla 33 (p.89). De las personas que no tenían ansiedad (n=6), 5 tenían de 5 a 9 síntomas (leve), 1 de 10 a 14 (moderado) y ninguno más de 15 (severo). En el grupo con ansiedad (n=4), nadie tenía de 5 a 9 síntomas físicos (leve), habían 2 con 10 a 14 síntomas somáticos (moderado) y otros dos que presentaron más de 15 síntomas físicos (severo). La prueba de chi-cuadrado (Tabla 34, p.90) fue de 7,222 con dos grados de libertad y una significancia de $0,027022 < 0,05$. La razón de verosimilitudes tenía un valor de 9,641, 2 grados de libertad y la significancia de $0,008062 < 0,05$. El valor del estadístico D de Somers fue 0,800 con un error de 0,093 y una significancia de 0,000000 (Tabla 35, p.91). Tau-b de Kendall tenía un valor de 0,807 y 0,094 de error. El valor de Tau-c de Kendall fue 0,880 y 0,141 de error. El valor de Gamma fue 1 y el error de 0,00. La T aproximada de todos estos estadísticos era de 6,248 y la significancia 0,000000 (Tabla 36, p.92).

La dependencia entre ansiedad y síntomas somáticos en solteros fue positiva porque la significancia de la prueba chi-cuadrado y la razón de verosimilitudes es menor a 0,05. Los valores de los estadísticos D de Somers, Gamma, Tau-b y c de Kendall se aproximan a 1, indican nuevamente una asociación entre variables.

- **Casados:**

En el grupo de los casados ($n=37$), 24 no tenían ansiedad y 13 sí. Once tenían de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización), 14 de 5 a 9 (leve), 8 de 10 a 14 (moderado) y 4 más de 15 (severo). Tabla 33. En los que no tenían ansiedad ($n=24$), 10 tenían de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización), 11 de 5 a 9 (leve), 2 de 10 a 14 (moderado) y 1 más de 15 (severo). De los 13 con ansiedad, 1 no presentaba trastorno de somatización (0 a 4), 3 de 5 a 9 síntomas físicos (leve), 6 de 10 a 14 (moderado) y 3 más de 15 síntomas físicos (severo).

La prueba de chi-cuadrado de Pearson (Tabla 34) fue de 12,796 con 5 casillas (62,5%) que tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada era 1,41. Habían 3 grados de libertad y una significancia de $0,005100 < 0,05$. D de Somers fue de 0,491 con un error de 0,113 y 0,00 de significancia (Tabla 35). El valor de Tau-b de Kendall era 0,503 y el error 0,116. Tau-c de Kendall (0,573) y 0,144 de error. El valor de Gamma fue 0,772 y el error 0,139. Estos estadísticos tenían una T aproximada de 3,982 y una significancia de 0,00 (Tabla 36).

La significancia de la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitudes confirmaron una asociación entre ansiedad y síntomas somáticos en personas casadas al ser menor a 0,05. Los estadísticos D de Somers, Gamma, Tau-b y c de Kendall tuvieron valores que se aproximan a 1, por lo tanto se vuelve aceptar la existencia de una correlación entre variables.

- **Divorciados:**

En los divorciados ($n=3$) todos tenían ansiedad, un paciente presentaba de 5 a 9 síntomas somáticos (trastorno de somatización leve), uno de 10 a 14 (moderado) y otro más de 15 Severo. En este grupo el paquete estadístico no pudo realizar el tratamiento de los datos debido a la cantidad de pacientes $n=3$.

Tabla 33. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos por estado civil

| Estado civil | | | Con y sin ansiedad | | Total |
|--------------|-----------------------|--|--------------------|--------------|-------|
| | | | Sin ansiedad | Con ansiedad | |
| Soltero | Nivel de somatización | Leve (5-9) | 5 | 0 | 5 |
| | | Moderado (10-14) | 1 | 2 | 3 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 2 | 2 |
| | Total | | 6 | 4 | 10 |
| Casado | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 11 | 3 | 14 |
| | | Moderado (10-14) | 2 | 6 | 8 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 3 | 4 |
| | Total | | 24 | 13 | 37 |
| Divorciado | Nivel de somatización | Leve (5-9) | | 1 | 1 |
| | | Moderado (10-14) | | 1 | 1 |
| | | Severo (más de 15) | | 1 | 1 |
| | Total | | | 3 | 3 |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 16 | 4 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| | Total | | 30 | 20 | 50 |

Tabla 34. Pruebas de chi-cuadrado

| Estado civil | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Soltero | Chi-cuadrado de Pearson | 7,222 ^b | 2 | ,027 |
| | Razón de verosimilitudes | 9,641 | 2 | ,008 |
| | Asociación lineal por lineal | 6,295 | 1 | ,012 |
| | N de casos válidos | 10 | | |
| Casado | Chi-cuadrado de Pearson | 12,796 ^c | 3 | ,005 |
| | Razón de verosimilitudes | 13,226 | 3 | ,004 |
| | Asociación lineal por lineal | 10,627 | 1 | ,001 |
| | N de casos válidos | 37 | | |
| Divorciado | Chi-cuadrado de Pearson | . ^d | | |
| | N de casos válidos | 3 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,932 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 21,345 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 17,211 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

*Nota:*a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.b. 6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.c. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,41.d. No se calculará ningún estadístico porque Con y sin ansiedad es una constante.

Tabla 35. D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | | |
|--------------|--|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|--|
| Estado civil | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Soltero | Ordinal por ordinal | ,800 | ,093 | 6,248 | ,000 | |
| | d de Somers | ,917 | ,087 | 6,248 | ,000 | |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin ansiedad dependiente | ,710 | ,102 | 6,248 | ,000 | |
| Casado | Ordinal por ordinal | ,491 | ,113 | 3,982 | ,000 | |
| | d de Somers | ,628 | ,144 | 3,982 | ,000 | |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin ansiedad dependiente | ,403 | ,097 | 3,982 | ,000 | |
| Divorciado | Ordinal por ordinal | . | . | . | . | |
| Total | Ordinal por ordinal | ,540 | ,090 | 5,606 | ,000 | |
| | d de Somers | ,672 | ,113 | 5,606 | ,000 | |
| | Simétrica Nivel de somatización dependiente Con y sin ansiedad dependiente | ,451 | ,077 | 5,606 | ,000 | |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.c. No se calculará ningún estadístico porque Con y sin ansiedad es una constante.

Tabla 36. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | |
|--------------|---------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Estado civil | | Valor | Error tip. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Soltero | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall ,807 | ,094 | 6,248 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall ,880 | ,141 | 6,248 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero 1,000 | 0,000 | 6,248 | ,000 |
| Casado | N de casos válidos | 10 | | | |
| | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall ,503 | ,116 | 3,982 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall ,573 | ,144 | 3,982 | ,000 |
| | N de casos válidos | ,772 | ,139 | 3,982 | ,000 |
| Divorciado | N de casos válidos | 37 | | | |
| | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall .c | | | |
| | N de casos válidos | 3 | | | |
| Total | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall ,551 | ,092 | 5,606 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall ,645 | ,115 | 5,606 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero ,817 | ,105 | 5,606 | ,000 |
| | N de casos válidos | ,790 | | | |
| | | 50 | | | |

Nota:a. Asumiendo la hipótesis alternativa.b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula. c. No se calculará ningún estadístico porque Con y sin ansiedad es una constante.

5.3.4. ANSIEDAD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS POR ACTIVIDAD LABORAL

- **Pacientes con actividad laboral:**

De las 42 personas laboralmente activas 25 no tenían ansiedad y 17 sí. Ocho presentaron de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 18 de 5 a 9 (leve), 11 de 10 a 14 (moderado) y 5 más de 15 (severo).Tabla37 (p.95).En las personas que no tenían ansiedad (n=25), 8 no presentaban trastorno de somatización (0 a 4), 14 de 5 a 9 (leve), 2 de 10 a 14 (moderado) y uno más de 15 (severo).Del grupo con ansiedad nadie presentó de 0 a 4 síntomas físicos (no hay trastorno de somatización), 4 personas tenían de 5 a 9 (leve), 9 de 10 a 14 (moderado) y 4 más de 15 (severo).

La prueba chi-cuadrado (Tabla38, p.96) fue de 18,975 donde 5 casillas (62,5%) tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada era 2,02. Había 3 grados de libertad y de significancia $0,000277 < 0,05$. La significancia de la razón de verosimilitudes (22,187; 3 gl) fue $0,000060 < 0,05$.La D de Somers (Tabla 39, p.97) fue de 0,587, 0,085 de error y una significancia de 0,00. El valor de Tau-b de Kendall era 0,587 y 0,086 de error, Tau-c de Kendall 0,692 y 0,110 de error, Gamma 0,879 y 0,086 de error típico. Estos estadísticos tenían una T aproximada de 6,278 y 0,000000 de significancia (Tabla40, p.98).

Los resultados expresan una dependencia positiva entre ansiedad y síntomas somáticos en personas con actividad laboral porque las significancias de la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitudes fueron menores a 0,05.Los valores de los estadísticos D de Somers, Gamma, Tau-b y c de Kendall se aproximan a 1, esto confirmó nuevamente una asociación entre las variables mencionadas.

- **Pacientes sin actividad laboral:**

Había 8 pacientes que no tenían actividad laboral de los cuales 5 no tenían ansiedad y 3 sí. Tres presentaron de 0 a 4 síntomas somáticos (no hay trastorno de somatización), 2 de 5 a 9 (leve), 1 de 10 a 14 (moderado) y 2 más de 15 (severo). Tabla 37. De los que no tenían ansiedad (n=5), 2 tenían de 0 a 4 síntomas (no hay trastorno de somatización), 2 de 5 a 9 (leve), 1 de 10 a 14 (moderado) y ninguno más de 15 (severo). En el grupo de los que presentaron ansiedad (n=3), 1 no presentó trastorno de somatización (0 a 4) y 2 tenían más de 15 síntomas somáticos (severo). No había pacientes que presenten trastorno de somatización leve y moderado. La prueba de chi-cuadrado (Tabla 38) fue de 5,156 donde 8 asillas (100%) tenían una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada era 0,38. Había 3 grados de libertad y una significancia de $0,160755 > 0,05$. La razón de verosimilitudes era de 6,766, 3 grados de libertad y la significancia $0,079745 > 0,05$. D de Somers tenía 0,368 de valor y un error de 0,346 (Tabla 39). Tau-b de Kendall 0,377 y 0,354 de error. Tau-c de Kendall 0,438 y 0,422 de error. Gamma tenía un valor de 0,538 y un error de 0,454. La T aproximada de estos estadísticos fue 1,038 y la significancia 0,299387 (Tabla 40).

Los resultados anteriores demuestran que no hubo dependencia entre ansiedad y síntomas somáticos en personas sin actividad laboral debido a que la prueba chi-cuadrado y la razón de verosimilitudes tuvieron valores de significancia mayores a 0,05. También fue notorio el rechazo de una asociación entre variables en los resultados de los estadísticos D de Somers, Tau-b y c de Kendall porque no se aproximaron a 1. El valor de Gamma sí demostró cierta tendencia de acercarse a 1, sin embargo, su significancia (0,299387) demostró que no es un valor fiable al ser mayor a 0,05.

Tabla 37. Tabla de contingencia de ansiedad y síntomas somáticos por actividad laboral

Recuento

| Actividad laboral | | | Con y sin ansiedad | | Total |
|-------------------|-----------------------|--|--------------------|--------------|-----------|
| | | | Sin ansiedad | Con ansiedad | |
| Sí | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 8 | 0 | 8 |
| | | Leve (5-9) | 14 | 4 | 18 |
| | | Moderado (10-14) | 2 | 9 | 11 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 4 | 5 |
| | | Total | | 25 | 17 |
| No | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 2 | 1 | 3 |
| | | Leve (5-9) | 2 | 0 | 2 |
| | | Moderado (10-14) | 1 | 0 | 1 |
| | | Severo (más de 15) | 0 | 2 | 2 |
| | | Total | | 5 | 3 |
| Total | Nivel de somatización | No hay trastorno de somatización (0-4) | 10 | 1 | 11 |
| | | Leve (5-9) | 16 | 4 | 20 |
| | | Moderado (10-14) | 3 | 9 | 12 |
| | | Severo (más de 15) | 1 | 6 | 7 |
| | | Total | | 30 | 20 |

Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado

| Actividad laboral | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Sí | Chi-cuadrado de Pearson | 18,975 ^b | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 22,187 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 15,961 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 42 | | |
| No | Chi-cuadrado de Pearson | 5,156 ^c | 3 | ,161 |
| | Razón de verosimilitudes | 6,766 | 3 | ,080 |
| | Asociación lineal por lineal | 1,643 | 1 | ,200 |
| | N de casos válidos | 8 | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 19,932 ^a | 3 | ,000 |
| | Razón de verosimilitudes | 21,345 | 3 | ,000 |
| | Asociación lineal por lineal | 17,211 | 1 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | |

Nota: a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80. b. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02. c. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Tabla 39. D de Somers

| | | Medidas direccionales | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|--|
| Actividad laboral | | Valor | Error tip. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Sí Ordinal por ordinal | d de Somers | ,587 | ,085 | 6,278 | ,000 | |
| | Nivel de somatización dependiente | ,718 | ,106 | 6,278 | ,000 | |
| | Con y sin ansiedad dependiente | ,496 | ,074 | 6,278 | ,000 | |
| No Ordinal por ordinal | d de Somers | ,368 | ,346 | 1,038 | ,299 | |
| | Nivel de somatización dependiente | ,467 | ,442 | 1,038 | ,299 | |
| | Con y sin ansiedad dependiente | ,304 | ,287 | 1,038 | ,299 | |
| Total Ordinal por ordinal | d de Somers | ,540 | ,090 | 5,606 | ,000 | |
| | Nivel de somatización dependiente | ,672 | ,113 | 5,606 | ,000 | |
| | Con y sin ansiedad dependiente | ,451 | ,077 | 5,606 | ,000 | |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 40. Gamma, Tau-b y Tau-c de Kendall

| | | Medidas simétricas | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| Actividad laboral | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada | |
| Sí | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,597 | ,086 | 6,278 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,692 | ,110 | 6,278 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,879 | ,086 | 6,278 | ,000 |
| | N de casos válidos | 42 | | | | |
| No | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,377 | ,354 | 1,038 | ,299 |
| | | Tau-c de Kendall | ,438 | ,422 | 1,038 | ,299 |
| | | Gamma Orden cero | ,538 | ,454 | 1,038 | ,299 |
| | N de casos válidos | 8 | | | | |
| Total | Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | ,551 | ,092 | 5,606 | ,000 |
| | | Tau-c de Kendall | ,645 | ,115 | 5,606 | ,000 |
| | | Gamma Orden cero | ,817 | ,105 | 5,606 | ,000 |
| | N de casos válidos | 50 | | | | |

Nota: a. Asumiendo la hipótesis alternativa. b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se llegó a cumplir los objetivos planteados, se pudo conocer el grado de presencia de ansiedad y depresión en personas con síntomas psicósomáticos de un consultorio médico privado de atención primaria en salud, para lograr esto se evaluó la correlación entre ansiedad y depresión con la presencia de síntomas psicósomáticos, también se evaluó la presencia de síntomas psicósomáticos en dichos pacientes, el hallazgo más importante fue que existió una asociación entre depresión, ansiedad y síntomas somáticos, es decir, las hipótesis fueron aprobadas. En la muestra la mayoría eran de género femenino (82%; n=41), esto se relaciona con los estudios o antecedentes empíricos previos consultados para esta investigación que han demostrado una correlación existente entre las variables mencionadas. En los estudios consultados no todos se referían a una relación entre dichas variables únicamente en el contexto de la atención primaria en salud, sino también en otros entornos y en personas de diferentes edades.

En esta investigación en las personas divorciadas, no hubo asociación con depresión al igual que los pacientes que no tenían actividad laboral. En la ansiedad de la misma manera, no hubo relación con las personas que no ejercían alguna actividad profesional. En esta variable tampoco hubo asociación en varones, esto se halló de igual manera en el estudio de Alves et al. (2011, p.5) donde encontraron diferencias entre los géneros. La diferencia se debe a factores psicosociales relacionados con los roles tradicionales de género Saiz et al. (2009, pp.124, 125). En los varones de la muestra del presente estudio fue muy notoria la forma de expresar su depresión, era menos emocional lo cual cumple con las expectativas de rol de acuerdo al supra-sistema. Las mujeres estaban más dispuestas a expresar sus emociones.

Se identificó que el 46% de la muestra presentó sintomatología de depresión (n=23), se observó que tenían más síntomas somáticos comparado con los que no tenían depresión. Esta evidencia da a conocer que los síntomas

psicosomáticos pueden manifestarse en forma de dolor, por ejemplo, malestar de estómago, espalda, brazos, dolor menstrual, etc. En las personas que presentaron ansiedad (40%; n=20) se observó el mismo fenómeno, esos pacientes presentaron más somatización.

En una investigación realizada en junio de 2012 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) da a conocer que en el Ecuador actualmente hay factores psicosociales que influyen de manera negativa en la salud, las personas se están dedicando menos tiempo al hogar por cuestiones académicas o laborales, las personas de 30 a 44 años están realizando cada vez menos deporte que es una sana actividad que ayuda a liberar tensiones (*El estudio gana terreno en la agenda de los ecuatorianos, 2012, p.1*). Se debe tomar en cuenta que las edades de los pacientes del presente trabajo fueron de 30 a 45 años, edades con un nivel laboral activo con responsabilidades familiares, profesionales y académicas. El 84% ejercían alguna actividad.

Al tener que dedicarse menos tiempo al hogar (cabe recordar que en los pacientes depresivos hubo asociación en el grupo de los casados y en los divorciados no), es una fuente de estrés y como consecuencia aparece la depresión y la ansiedad por las altas demandas del supra-sistema tal como indica la Etapa 1 del modelo de Schwartz. Esta información procesa el Sistema Nervioso Central (Etapa 2), el cerebro está condicionado por la cultura, la genética y el aprendizaje para responder inapropiadamente al estímulo externo, también la personalidad y el estilo de vida. Como se describió, el enfoque psiconeuroinmunológico explica que las demandas ambientales son procesadas por el sistema de creencias de la persona, el sistema inmune y nervioso evalúan el ambiente externo identificando estímulos amenazantes (Ramos et al., 2008, p.117). Cuando se mencionó sobre la influencia de la personalidad y el estilo de vida en esta etapa de la teoría de la disregulación, puede estar presente el neuroticismo, el estilo emocional negativo (Larse y Buss, 2005, pp.424, 426). El cerebro hace regulaciones después de procesar la información ambiental y activa o inhibe determinados órganos y sistemas (Etapa 3). Se activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) que afecta el

sistema inmune (Gómez y Escobar, 2002, p.22).El cerebro recibe la retroalimentación negativa de los sistemas corporales para cambiar la estrategia de regulación (Etapa 4). Dicho órgano falla para estabilizar el sistema corporal involucrado y aparece la disregulación. Se activa el eje HHA y aumenta el cortisol que puede agravar los síntomas de depresión. En cuanto a la ansiedad ocurre lo mismo, puede alterarse el sistema inmune (Canelones, 2011, p.5).

Los mecanismos de defensa que tiene todo ser humano para afrontar la realidad ayudan a alcanzar cierto grado de adaptación. Cuando la persona no se adapta a las demandas ambientales se produce fuertes cambios bioquímicos en el cerebro. Esto fue lo que ocurrió con los pacientes de este estudio que presentaron promedios altos en somatización y que tenían síntomas de depresión o ansiedad. Esto influye en la Etapa 2 del modelo de Schwartz. Si la persona tiene un buen nivel adaptativo no aparecerían disregulaciones que afecten el organismo.

Como conclusión, se aprueba la existencia de una asociación entre ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Llama la atención el alto porcentaje existente de personas con depresión (46%) y ansiedad (40%)únicamente en ese espacio, un consultorio médico de atención primaria. Se puede decir,de los pacientes que acuden a este espacio y que presentan depresión, tienen un riesgo (OR) 5,3 veces el de las personas sin depresión de tener síntomas somáticos. Con la otra variable se puede concluir que las personas con ansiedad tienen un riesgo (OR) 9,5 veces el de individuos sin ansiedad de tener síntomas psicósomáticos.

De acuerdo a los antecedentes empíricos consultados y los datos de este estudio se planteó un perfil epidemiológico de la siguiente manera:

- Depresión-síntomas somáticos: hombre o mujer ≥ 30 años de edad, soltera/oo casada/oy con actividad laboral.
- Ansiedad-síntomas somáticos: mujer ≥ 30 años de edad, soltera o casada y con actividad laboral.

Es importante identificar a los pacientes con este perfil, en muchos casos será necesario que sean remitidos al especialista en salud mental; psiquiatras o psicólogos para una evaluación más exhaustiva. Se debe tomar en cuenta que el hecho de suministrar medicamentos ansiolíticos o antidepresivos no va a resolver completamente el problema porque solo se estaría aliviando los síntomas físicos. Como dice Guarderas (2003, p.10), la depresión es una patología que para la industria farmacéutica puede curarse sin tomar en cuenta variables como la personalidad del afectado y aspectos psicosociales. Para tratar los síntomas psicósomáticos causados por cualquier variable, no solo ansiedad y depresión, es importante que el paciente haga un proceso psicoterapéutico para que tenga un mayor *insight*. El mismo autor da a conocer que existen psicoterapias muy eficaces como por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) que ayuda a corregir el razonamiento negativo. Para Centeno (2012, p.265) los objetivos generales de esta terapia se cumplen de acuerdo a la problemática presentada en el trastorno psicósomático del paciente. Para cada disfunción se puede proponer algunas intervenciones, por ejemplo sobre los agentes ambientales estresantes disfuncionales donde se puede realizar una terapia familiar, de pareja o intervenciones organizacionales con respecto a lo laboral. La TCC tiene también como objetivo modificar e identificar las cogniciones y sus significados que estén asociados. Ayuda al paciente a aprender técnicas de relajación, exposición y *bio-feedback*. Esta terapia modifica conductas perjudiciales mediante técnicas de autocontrol conductual, mejora las fortalezas del paciente para incrementar su bienestar, la terapia es muy eficaz con el manejo de los síntomas físicos mediante

psicofármacos. Otros enfoques pueden ser muy útiles, como el psicoanálisis tomando en cuenta que los conflictos del afectado permanecen en el inconsciente y el cerebro envía mensajes que pueden alterar el funcionamiento de cualquier sistema corporal. Por todo lo que ocurra con el cerebro se producen fenómenos químicos, ciertos eventos de la infancia y problemas actuales tienen la capacidad de desequilibrar la química cerebral.

En esta investigación se pudo notar que muchos de los pacientes no fueron remitidos al profesional en salud mental, hubo una tendencia a tratar los síntomas físicos. Esto confirma que los profesionales médicos no tienen un entrenamiento adecuado desde su formación en general para detectar y comprender esta problemática. Los trastornos psicósomáticos deben ser tomados en cuenta a la hora de evaluar porque son tan serios como cualquier dolencia física. Son fenómenos que llevan a la persona a pérdidas económicas por acudir frecuentemente a los servicios de salud que curan sus síntomas temporalmente pero no solucionan los conflictos a nivel personal.

Este trabajo fue realizado únicamente para tener una pequeña idea de la presencia de ansiedad, depresión y síntomas somáticos, por esta razón se escogió esa cantidad de personas para la muestra y también por el factor tiempo. Además de las limitaciones propias de un estudio de cohorte transversal, es importante dar a conocer que no se evaluaron variables como la calidad de vida, la frecuencia que estas personas acuden al médico, antecedentes históricos, farmacológicos y otros factores clínicos de los episodios depresivos como los cambios en el apetito y la hipersomnía debido a la escala HAMD17. Este estudio puede servir como una base para otras investigaciones futuras, tanto en atención primaria como en otros contextos. Se sugiere que se utilice otras escalas para evaluar factores clínicos que no se incluyen en las de Hamilton, también sería importante observar la relación de las variables con el tipo de personalidad de los sujetos de una muestra.

7. REFERENCIAS

- Alves, J.L., Figueiredo, M.H., Cruz, A. y Alves, M. (2011). Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 348-353. Recuperado, julio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200017&lng=en&tlng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017>
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Estados Unidos: KluwerAcademic. Recuperado, enero, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Ayala, E. (2009). Psiconeuroinmunología: interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. *Ámbito Farmacéutico*, 28(6), 110-116. Recuperado, enero, 2012 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13141338&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v28n06a13141338pdf001.pdf&ty=159&accion=L&origen=dfarmacia&web=www.dfarmacia.com&lan=es
- Baer, L. y Blais, M.A. (2010). *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health*. Estados Unidos: Humana Press. Recuperado, enero, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Baeza, C., Bulbena, V., Fénérier, C. y Gély, MC. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Carolina%20Baeza%20Velasco.pdf>
- Blanco, H.E., Rodríguez, J.T. y Schneider, R. (2010). *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados: fundamentos biopsicosociales*. México: Médica Panamericana. Recuperado, enero, 2012, de <http://books.google.com.ec>

- Canelones, P. (2011). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. Recuperado, diciembre, 2011 de <http://psiconeuroinmunologia.over-blog.com/article-la-psiconeuroinmunologia-salud-y-enfermedad-88894415.html>
- Centeno, C. (2012). *Psicología clínica aplicada*. (1a ed.). España: Formación Alcalá.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana. Recuperado, enero, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Clariana, S.M. y De los Ríos, P. (Ed.). (2012). *Psicología de la Salud*. Recuperado, julio, 2012 de http://www.pir.es/temas_muestra_2011/04.PSSALUD.pdf
- El estudio gana terreno en la agenda de los ecuatorianos* (2012). Recuperado, noviembre 2012, de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=537%3Ael-estudio-gana-terreno-en-la-agenda-de-los-ecuatorianos&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Enfermedades psicosomáticas*. (s.f.). Recuperado, julio, 2012 de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HCMYZ3A5QnAJ:www.psiquiatria.fmed.edu.uy/images/Material%2520descarga/Enfermedades%2520psicosom%25E1ticas.doc+Enfermedades+psicosom%C3%A1ticas+el+termino+psicosom%C3%A1tico+alude+a+un+concepto+que+hasta+el+d%C3%ADa+de+hoy+se+muestra&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEE SiaGc1uGF_y-zuaiK8c3FqsqWNOXu5ZhetHk4pvKlhukV09x7AXAvBTWfsLKIpuNFs8u32cuHpPlcZdM_cOZ7hf2JBQs3X4L5lwqPPMtTvKkVvDUYqUrtvwE0Ze6L5bi2NEmGUX&sig=AHIEtbTLgPf5MlcHY5H1GMml5ejzYScwIA
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246. Recuperado, enero, 2012 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272004000200004&script=sci_arttext&tlng=es

- Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS.* (s.f.). Recuperado, noviembre 2012, de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/8139/1/CONTINGENCIA.pdf>
- García-Campayo, J., Ayuso-Mateos, J.L., Caballero, L., Romera, I., Aragonés, E., Rodríguez-Artalejo, F., Quail, D. y Gilaberte, I. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10(5), 355-362. Recuperado, julio, 2012 de <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC2629057//reload=0;jsessionid=mp05LPBYPsslp50xKsYT.8>
- Garlati, F. (s.f.). *DSM-IV TR: Breviario*. Recuperado, octubre, 2012 en <http://es.scribd.com/doc/12610469/DSM-IV-TR-Breviario>
- Gómez, B. y Escobar, A. (2002). La psiconeuroinmunología: bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *RevFacMed UNAM*, 45(1), 22-26. Recuperado, agosto, 2012 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un021g.pdf>
- González, A., Pérez, M. y García, E. (2001). ¿Desconexión cerebral o discriminación interoceptiva? Una revisión del modelo de la disregulación de G. Schwartz. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(2), 191-204. Recuperado, agosto, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/560/56010204.pdf>
- González, M. y Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11, 403-410. Recuperado, enero, 2012 de <http://eprints.uanl.mx/398>
- González, M.T., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2, 5-141. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a07.pdf>

- Grun, E. (s.f.). Mediación: un enfoque sistémico cibernético. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2011/CDArbitraje/pdf/DEX2A.pdf>
- Guarderas, F. (Ed.). (2003). *Depresión y Estados Depresivos: Primera parte*.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23-56. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC495331/pdf/jnnpsyc00273-0060.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5a ed.). México: McGraw Hill.
- Jarne, A. y Talarn, A. (2009). *Manual de psicopatología clínica*. (7a ed.). España: Paidós. Recuperado, enero, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Kabanchik, A.B. (1996). Factores psicológicos asociados a la aparición de las demencias degenerativas tardías. Recuperado, octubre, 2011 de <http://www.aliciakabanchik.com.ar/tesis.php>
- Kandel, E. (2007). *Psiquiatría, Psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. (1ª ed.). España: ARS Medical.
- Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (2002). Depression and immune function Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 873-876. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377296>
- Klinger, J., Herrera, J., Díaz, M., Jhann, A., Ávila, G., Tobar, C. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120-129. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05019>

- Kroenke, K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B.W. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/64/2/258.full.pdf+html>
- Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad: dominios de conocimiento sobre la naturaleza humana*. (2da ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- León, R. (2007). Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de “agotamiento nervioso?”. *Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20(4), 149-152. Recuperado, enero, 2012 de http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_20_4_2007/5.pdf
- Marsiglia, I. (2010). Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. *Gaceta Médica de Caracas*, 118(1), 3-10. Recuperado, julio, 2012 de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622010000100002&script=sci_arttext
- Matud, M.P. y Bethencourt, J.M. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 91-106. Recuperado, enero, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80532105.pdf>
- Menassa, A. y Rojas, P. (s.f.). *Psicoanálisis de los trastornos de la inmunidad*. Recuperado, julio, 2012 de <http://www.alejandramenassa.com/articulos/trastornosdelainmunidad.pdf>
- Moizeszowicz, J. (1998). *Psicofarmacología Psicodinámica IV: estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Argentina: Paidós.
- Pagano, R.R. (1999). *Estadística para las Ciencias del Comportamiento*. (5ª ed.). México: International Thomson.
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15, 43-74. Recuperado, enero, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604002>

- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado, julio, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134213131007>
- Prolo, P., Chiapelli, F., Fiorucci, A., Dovio, A., Sartori, M.L., Angeli, A. (2002). Psychoneuroimmunology: new avenues of research for the twenty-first century. Recuperado, diciembre, 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12114297>
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15(1), 115-142. Recuperado, enero, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604005.pdf>
- Rifkin, J. (2004). *El Sueño Europeo: cómo la visión europea del futuro está eclipsando el sueño americano*. Recuperado, mayo, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Ros, S., Comas, Á. y García-García, M. (2009). Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en Atención Primaria. *Semergen*, 35(4), 165-172. doi: 10.1016/S1138-3593(09)70924-4
- Ros, S., Comas, A. y García-García, M. (2010). Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio Depre-Soma. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(6), 345-357. Recuperado, enero, 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3342846>
- Ruiz, L.G., Colín, R.F., Sau-Yen, I., Lara, C. y Dueñas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25-32. Recuperado, enero, 2012 de <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=3ecb9eb1-503f-4d05-94f1-c30a1dd2bb57%40sessionmgr114&vid=12&hid=109>

- Saiz, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. y Saiz-Ruiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 119-127. Recuperado, enero, 2012 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13141289&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=110&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141289pdf001.pdf
- Schwartz, G.E. (1979). Biofeedback and the Behavioral Treatment of Disorders of Disregulation. *The Yale Journal Of Biology And Medicine*, 52, 581-596. Recuperado, enero, 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2595798/pdf/yjbm00129-0087.pdf>
- Segarra, E. (2006). *Fisiología de los aparatos y sistemas*. Recuperado, mayo, 2012, de <http://books.google.com.ec>
- Tamayo, J.M., Rovner, J. y Muñoz, R. (2007). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 182-187. Recuperado, enero, 2012 de <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=109&sid=3ecb9eb1-503f-4d05-94f1-c30a1dd2bb57%40sessionmgr114>
- Watson, D. y Pennebaker, J.W. (1989). Health Complaints, Stress and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254. Recuperado, enero, 2012 de <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/pennebaker/reprints/Watson&P89.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Paciente: N.N #

Edad:

Género: Masculino Femenino

Nivel de instrucción: Primaria Secundaria Superior

Estado civil:

Actividad laboral: Sí No

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ANEXO 4: PHQ-15

ANEXO 5: AUTORIZACION PARA EL USO DE LAS ESCALAS