

Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Physical symptoms in patients with anxiety and depressive disorders at the outpatient psychiatry service of Cayetano Heredia National Hospital.

Luis Fiestas-Teque¹, Johann M. Vega-Dienstmaier¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas somáticos y comorbilidades físicas en los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Métodos:** A 100 pacientes con estos diagnósticos se les aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (PHQ-15) y un cuestionario de evaluación de síntomas físicos por entrevista directa. **Resultados:** El 67% de participantes fueron mujeres. Según la entrevista directa, los principales síntomas fueron los dolorosos: cefalea (74,9%), dorsalgia (61,2%) y cervicalgia (59,6%). Otros síntomas importantes fueron: indigestión o gases (75,3%), boca seca (55%), disminución de la libido (51,3%), polaquiuria (50%), parestesias (49%), vértigos o mareos (47,5%) y bochornos (47,4%). La principal comorbilidad física fue gastritis crónica (8%). El puntaje del PHQ-15 de los pacientes con comorbilidad entre trastornos ansiosos y depresivos ($13,65 \pm 4,97$) fue significativamente mayor que el de los pacientes con sólo trastornos depresivos ($10,28 \pm 4,64$; $p=0,01$) y que el de los pacientes con sólo trastornos ansiosos ($10,57 \pm 5,66$; $p=0,026$). **Conclusiones:** Se encontró síntomas somáticos en la mayoría de los casos, con predominio de los síntomas dolorosos y generales, tal como lo reporta la literatura. La comorbilidad entre trastornos de ansiedad y depresión se relaciona con un mayor nivel de síntomas físicos.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, síntomas físicos.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of somatic symptoms and physical comorbidities in patients with anxiety and depressive disorders at the outpatient psychiatry service of the Cayetano Heredia National Hospital. **Methods:** The Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and a questionnaire for assessing physical symptoms by direct interview were administered to 100 patients with these diagnoses. **Results:** Sixty seven percent were women. According to direct interview, the main symptoms were painful: headache (74.9%), back pain (61.2%), and cervical pain (59.6%). Other important symptoms were: gas or indigestion (75.3%), dry mouth (55%), decreased libido (51.3%), pollakiuria (50%), paresthesia (49%), dizziness (47.5%) and flushing (47.4%). The main physical comorbidity was chronic gastritis (8%). The PHQ-15 scores of patients with comorbidity of anxiety and depressive disorders (13.65 ± 4.97) were significantly higher than those of patients with only depressive disorders (10.28 ± 4.64 ; $p=0.01$) and those of patients with only anxiety disorders (10.57 ± 5.66 ; $p=0.026$). **Conclusions:** Somatic symptoms were found

¹ Psiquiatra. Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Nacional Cayetano Heredia.

in most cases, predominantly painful and general symptoms, as reported in the literature. The comorbidity between anxiety and depressive disorders is related with an increased level of physical symptoms.

KEY WORDS: Anxiety, depression, physical symptoms.

INTRODUCCIÓN

La consulta ambulatoria psiquiátrica muchas veces se centra en los síntomas mentales que refieren los pacientes y no se pregunta por los síntomas físicos que ellos presentan, a pesar de que se conoce que si se mejora el nivel de reconocimiento de la sintomatología somática, los pacientes recibirían un tratamiento más adecuado y eficiente (1).

En cuidados primarios, los síntomas somáticos son la principal razón por la que los pacientes acuden a la consulta ambulatoria médica general. De éstos, más del 50% son de etiología física, al menos la tercera parte son idiopáticos y aproximadamente el 10% son de origen psiquiátrico (2,3).

La probabilidad de un trastorno psiquiátrico se incrementa conforme aumenta el número de síntomas físicos; éstos han sido descritos como parte de un lenguaje cultural de los trastornos afectivos, y si son mal interpretados por el clínico pueden dar lugar a procedimientos innecesarios de diagnóstico o tratamiento inadecuado. Además, hasta la fecha pocos estudios han explorado el nivel de reconocimiento por parte del psiquiatra de los síntomas físicos en los trastornos de depresión y ansiedad, sobre todo en nuestro medio (4,5).

La expresión somática es común en todas las culturas y grupos sociales estudiados, sin embargo hay diferencias en la forma de expresión y atribución de estos síntomas, de acuerdo a las creencias y prácticas de salud de cada cultura; ésta ha sido más frecuentemente asociada con poblaciones latinas que con otros grupos étnicos. Así, sociedades que promueven el individualismo parecen valorar la expresión directa de sus sentimientos desagradables; por el contrario las sociedades colectivistas tienden a valorar más la expresión indirecta de éstos (5).

Un estudio de atención primaria realizado en 14 países de los 5 continentes revela que 45-95% de pacientes deprimidos presentan síntomas somáticos. Asimismo, el fallo en detectar dichos síntomas puede tener implicancias significativas en el costo del tratamiento, ya que estos pacientes deprimidos que

además padecen síntomas físicos hacen uso de los recursos de salud hasta 9 veces más que la población general y 3 veces más que los individuos deprimidos sin molestias somáticas (5-7).

Según Honorio Delgado, la depresión puede condicionar síntomas somáticos, a los que Bonhoeffer ha llamado “equivalentes depresivos”, cuyas manifestaciones desorientan al médico haciéndole concebir un diagnóstico errado de enfermedad visceral (8). Entre dichos síntomas físicos, un grupo muy importante son los de naturaleza dolorosa, cuyo rango varía de 15% a 100% (9). Ruiz y col., en un estudio realizado en México, encontraron que 73,7% de pacientes con trastorno depresivo mayor tenían síntomas dolorosos, siendo los más frecuentes en el total de la muestra: dolor muscular (84,9%), dolor cervical (84,2%), cefalea (83,5%), dolor lumbar (69,9%), dolor articular (65,9%), dolor precordial (63,9%) y dolor abdominal (46%) (4).

También se ha encontrado una fuerte asociación entre síntomas físicos y trastornos de ansiedad o depresión donde el número de síntomas físicos en promedio es mayor en el sexo femenino respecto al masculino (3,8/2,9) (10). Las mujeres reportan síntomas más frecuentes y más intensos que los varones (11,12).

Además hay una asociación importante con migraña y cefaleas no migrañosas. Se sabe que las personas con migraña tienen 2,2 a 4 veces más probabilidades de tener depresión y más riesgo de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno bipolar (13-16).

Algunos estudios han encontrado que la hipotensión arterial que no es causada por enfermedad cardiovascular, sobre todo la diastólica, se asocia con depresión y ansiedad (17,18).

Otros autores han encontrado asociación entre obesidad (índice de masa corporal (IMC) > 30) y trastornos del estado de ánimo, como trastorno depresivo mayor y distimia, tanto en hombres como en mujeres (OR: 1,35-1,88). La obesidad, también se ha asociado con riesgo incrementado para cualquier

trastorno de ansiedad y fobia específica en ambos sexos (OR: 1,35-1,79) (19,20).

En nuestro medio, según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", más de un tercio de la población (37,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico. Como grupo, los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, siendo su prevalencia de vida de 25,3%; en cuanto a los trastornos depresivos, se encontró una prevalencia de vida de 19% (21). No obstante estos resultados, pocos estudios han evaluado la frecuencia de síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad o depresión, o lo han hecho de manera indirecta al investigar la sintomatología depresiva (22). No conocemos si nuestros pacientes tienen manifestaciones diferentes a las publicadas en la literatura, o si somatizan en mayor o menor grado, si hay diferencia en cuanto a género u otra característica socio-demográfica, si presentan mayores manifestaciones dolorosas, o si tal vez, la pobre respuesta al tratamiento en algunos de ellos se debe a que no se han identificado sus manifestaciones somáticas.

Para tratar de resolver los vacíos mencionados, se justificó realizar esta investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la frecuencia de síntomas somáticos y las comorbilidades físicas asociadas en los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden al consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH); asimismo, otros objetivos fueron explorar la relación entre la severidad de la enfermedad mental y la presión arterial, el IMC y los síntomas físicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico. Se reclutaron pacientes con edades de 18 a 60 años y grado de instrucción primaria completa como mínimo, que acudieron al consultorio externo de psiquiatría del HNCH durante los meses de mayo a julio del 2011 con diagnóstico de algún trastorno depresivo o de ansiedad de acuerdo a la evaluación del médico psiquiatra tratante. Se excluyeron a los pacientes con trastornos psicóticos, trastorno bipolar, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas o alcohol, retraso mental y demencia; y asimismo, a los que tenían enfermedades médicas que pudieran dar síntomas psiquiátricos principalmente: enfermedad de Parkinson, epilepsia, lupus eritematoso sistémico,

neoplasias, accidente cerebro vascular, traumatismo encéfalo craneano y SIDA. El tamaño de la muestra fue de 100 pacientes, considerando que el número mínimo calculado fue de 96, utilizando un nivel de confianza de 95% y margen de error de 10%, para una prevalencia esperada de síntomas físicos del 50%.

Procedimiento: Se invitó a participar en el estudio a todos los pacientes nuevos o continuadores que acudieron al consultorio externo de psiquiatría del HNCH y que cumplían con los criterios descritos. Se les explicó en qué consistía el estudio y si aceptaban, debían firmar un consentimiento informado. Se registraron los datos socio-demográficos en una ficha diseñada para ese fin que era codificada para mantener el anonimato del paciente y garantizar la confidencialidad. Luego contestaron el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (Patient Health Questionnaire, PHQ-15), que es una escala autoadministrada para medir la severidad de síntomas somáticos, cuya versión en español ha sido validada para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión o ansiedad (3,23).

Posteriormente, se aplicó a los participantes un cuestionario de evaluación de síntomas físicos por entrevista directa que consta de 39 ítems (enumerados en la tabla 3). Después pasaron a su consulta psiquiátrica programada, y al finalizar ésta, se le pidió al psiquiatra tratante que complete el formato de la Impresión Clínica Global de Severidad (Clinical Global Impresión, CGI-S), que es una escala en la cual el médico, basándose en su experiencia clínica, puntúa la gravedad del cuadro clínico del paciente desde 1 (normal, no enfermo) hasta 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos) (24).

Análisis de datos: Para el análisis de los datos se realizaron estadísticas descriptivas univariadas (promedios y proporciones) y bivariadas (tablas de contingencia), las cuales se aplicaron en el análisis de los objetivos principales. Se aplicó el coeficiente de Spearman (ρ) para evaluar la correlación entre: el CGI-S, la presión arterial, el índice de masa corporal (IMC) y los síntomas físicos según el PHQ-15. Los programas utilizados fueron: Microsoft Excel 2007 y el programa SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características generales de los pacientes. De los 100 pacientes, el 67% fueron mujeres, la mayoría eran solteros (47%) y el 89%

tenían educación secundaria completa o superior. La edad promedio fue $36,92 \pm 12,49$ años. Respecto a los diagnósticos psiquiátricos, el 58% tenía trastornos depresivos (TD); el 68%, trastornos de ansiedad (TA); y el 26%, ambos trastornos (TD y TA). En la tabla 1 también se pueden observar los valores promedio de la CGI-S, el PHQ-15, el IMC y la presión arterial sistólica y diastólica.

El PHQ-15 promedio de los pacientes con comorbilidad entre TA y TD ($13,65 \pm 4,97$) es significativamente mayor que el de los pacientes con sólo TD ($10,28 \pm 4,64$) ($p = 0,01$, prueba t) y que el de los pacientes con sólo TA ($10,57 \pm 5,66$) ($p = 0,026$, prueba t). No se encontraron diferencias significativas entre el PHQ-15 de pacientes con sólo TA y el de pacientes con sólo TD ($p = 0,814$, prueba t).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con trastornos ansiosos o depresivos estudiados en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú, 2011.

	n	%
Sexo		
Masculino	33	33,0
Femenino	67	67,0
Estado civil		
Soltero (a)	47	47,0
Casado(a)	26	26,0
Conviviente	17	17,0
Separado/divorciado(a)	10	10,0
Educación		
Primaria completa	11	11,0
Secundaria completa	50	50,0
Superior no universitaria	19	19,0
Superior universitaria	20	20,0
Diagnósticos psiquiátricos:		
Trastornos depresivos	58	58,0
Depresión mayor	53	53,0
Distimia	9	9,0
Trastornos de ansiedad	68	68,0
Trastorno de ansiedad generalizada	33	33,0
Trastorno de pánico	23	23,0
Agorafobia	10	10,0
Trastorno obsesivo-compulsivo	15	15,0
Fobia social	10	10,0
Trastorno de estrés postraumático	1	1,0
Fobia específica	1	1,0
Trastorno de ansiedad no especificado	1	1,0
Trastornos de ansiedad y depresión	26	26,0
Otros trastornos psiquiátricos	7	7,0
Hipocondriasis (2), Anorexia nerviosa (1), Bulimia nerviosa (1), Pedofilia (1), Frotteurismo (1), Trastorno de personalidad dependiente (1)		
	Media	DE
Edad (años)	36,92	12,49
CGI-S	3,61	0,79
PHQ-15	11,28	5,31
IMC	26,08	4,05
Presión arterial sistólica	107,38	15,10
Presión arterial diastólica	65,00	9,24

DE: Desviación estándar CGI-S: Escala de Impresión Clínica Global (valores, mínimo:1, máximo: 7)

IMC: Índice de masa Corporal

PHQ-15: Cuestionario de Salud del Paciente (valores, mínimo: 0-4, bajo: 5-9, medio: 10-14, alto: 15-30)

La comorbilidad física más frecuente fue gastritis crónica (8%), y luego hipertensión arterial (4%). Asimismo, tenían hipotiroidismo, síndrome del túnel carpiano bilateral, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y distopia genital grado II, el 2% de los pacientes, respectivamente (Tabla 2).

La tabla 3 describe los síntomas somáticos evaluados a través de entrevista. Entre los síntomas físicos manifestados más frecuentemente, tenemos a los síntomas dolorosos, como cefalea (74,7%), dorsalgia (61,2%) y cervicalgia (59,6%). Luego los síntomas digestivos, como indigestión o gases (75,3%) y boca seca (55%). Entre los síntomas genito-urinarios y sexuales, destacan disminución de la libido (51,3%) y polaquiuria (50,0%). Entre los síntomas pseudo-neurológicos, tenemos parestesias (49%) y vértigos o mareos (47,5%). Los síntomas respiratorios y cardíacos más relevantes fueron: disnea (42,9%), luego palpitaciones y sensación de nudo en la garganta (ambas 39,4%). Finalmente, los principales síntomas generales fueron fatiga o cansancio (77,7%), dificultad para dormir (59,2%), debilidad o sentirse enfermo (47,9%) y bochornos o ruborización (47,4%).

Las mujeres presentaron síntomas físicos con más frecuencia que los hombres, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el caso de las molestias o dolores en las articulaciones o extremidades, molestias o dolores abdominales, náuseas, disminución de la libido y dispareunia (Tabla 4).

Respecto a la manifestación de los síntomas somáticos según los trastornos de ansiedad y depresión, encontramos que los que presentan ambos trastornos, tienen una frecuencia significativamente mayor de vértigos o mareos, parestesias, molestias o dolores abdominales, náuseas, disminución del apetito y dismenorrea, que los que presentan sólo TD o TA ($p < 0,05$); y que en los TD son significativamente más frecuentes la dificultad para dormir y la debilidad, en comparación con los otros trastornos ($p < 0,05$) (Tabla 5).

Se encontró correlación estadísticamente significativa (Rho de Spearman = 0,361, $p < 0,001$) entre el CGI-S y el PHQ-15. No se encontró correlación significativa entre el CGI-S y el IMC o la presión arterial.

Tabla 2. Comorbilidades físicas asociadas, en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden al consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú, 2011.

	n	%
Gastritis crónica	8	8,0
Hipertensión arterial	4	4,0
Hipotiroidismo	2	2,0
Síndrome del túnel carpiano bilateral	2	2,0
Asma bronquial, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	2,0
Distopia genital Grado II	2	2,0
Diabetes mellitus tipo 2, neuropatía diabética	1	1,0
Infertilidad primaria, Hiperprolactinemia	1	1,0
Artrosis de rodilla derecha, glaucoma	1	1,0
Rinitis alérgica, anemia leve	1	1,0
Rosácea, Prurigo	1	1,0
Migraña	1	1,0
Cefalea mixta	1	1,0
Acné	1	1,0
Pitiriasis rubra pilaris	1	1,0
Osteoartrosis de columna dorso lumbar	1	1,0
Parálisis facial izquierda periférica	1	1,0
Hernia umbilical	1	1,0
Histerectomía total	1	1,0
Taquiarritmia	1	1,0
Fibromialgia	1	1,0
Laringitis crónica	1	1,0

Tabla 3. Síntomas somáticos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú, 2011.

Síntomas físicos en las últimas 4 semanas				Tiene diagnóstico médico que explique los síntomas		
	Nada	Un poco	Bastante	Sí	No	%*
Síntomas dolorosos:						
1. Molestias o dolor de cabeza	24	51	25	5	71	74,7
2. Molestias o dolor cervical	40	35	25	1	59	59,6
3. Molestias o dolor de espalda	38	42	20	2	60	61,2
4. Molestias o dolor en las articulaciones o extremidades	46	36	18	5	49	51,6
5. Molestias o dolor de pecho	54	39	7	5	41	43,2
6. Molestias o dolor abdominal	54	31	15	4	42	43,8
7. Molestias o dolores musculares	46	35	19	4	50	52,1
Síntomas digestivos:						
8. Boca seca	45	40	15	0	55	55,0
9. Náuseas	67	28	5	0	33	33,0
10. Vómitos	94	2	4	0	6	6,0
11. Indigestión o gases	23	47	30	7	70	75,3
12. Diarrea	77	17	6	0	23	23,0
13. Estreñimiento	63	27	10	1	36	36,4
Síntomas genito-urinarios /sexuales:						
14. Polaquiuria	50	30	20	0	50	50,0
15. Disminución de la libido	47	17	36	3	50	51,3
16. Disfunción eréctil	26	5	2	0	7	21,2
17. Dismenorrea (sólo mujeres)	54	3	10	0	13	19,4
18. Dispareunia	69	18	13	2	29	29,6
19. Menstruaciones irregulares (sólo mujeres)	60	6	1	0	7	10,4
20. Menstruaciones abundantes (sólo mujeres)	60	4	3	0	7	10,4
Síntomas respiratorios / cardíacos:						
21. Dolor de garganta	72	21	7	1	27	27,3
22. Nudo en la garganta	60	30	10	1	39	39,4
23. Dificultad para respirar	56	37	7	2	42	42,9
24. Palpitaciones	57	32	11	6	37	39,4
Síntomas pseudo-neurológicos:						
25. Vértigo, mareos	52	42	6	1	47	47,5
26. Desmayos	100	0	0	0	0	0,0
27. Parálisis o debilidad localizada	97	3	0	0	3	3,0
28. Pesadez en brazos o piernas	57	30	13	2	41	41,8
29. Entumecimiento u hormigueo	49	42	9	4	47	49,0
30. Temblores o sacudidas musculares	63	32	5	0	37	37,0
31. Zumbido o disminución de la audición	64	27	9	0	36	36,0
32. Visión doble	93	5	2	0	7	7,0
Síntomas generales:						
33. Fatiga, cansancio	21	45	34	6	73	77,7
34. Debilidad o sentirse enfermo	50	36	14	4	46	47,9
35. Sudores	57	28	15	1	42	42,4
36. Escalofríos	77	16	7	0	23	23,0
37. Bochornos, sensación de calor (ruborización)	50	38	12	5	45	47,4
38. Dificultad para dormir	40	26	34	2	58	59,2
39. Disminución del apetito	69	19	12	1	30	30,3

* Porcentaje de pacientes con síntomas somáticos no explicado por enfermedad física, según evaluación del médico psiquiatra, en cada ítem.

Tabla 4. Síntomas somáticos no explicados por enfermedad física según sexo en los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú, 2011.

Síntomas físicos	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	p*
Síntomas dolorosos:				
1. Molestias o dolor de cabeza	71 (74,7)	19 (59,4)	52 (82,5)	0,14
2. Molestias o dolor cervical	59 (59,6)	14 (42,4)	45 (68,2)	0,14
3. Molestias o dolor de espalda	60 (61,2)	20 (60,6)	40 (61,5)	0,929
4. Molestias o dolor en las articulaciones o extremidades	49 (51,6)	12 (36,4)	37 (59,7)	0,030
5. Molestias o dolor de pecho	41 (43,2)	10 (31,3)	31 (49,2)	0,095
6. Molestias o dolor abdominal	42 (43,8)	9 (28,1)	33 (51,6)	0,029
7. Molestias o dolores musculares	50 (52,1)	18 (54,5)	32 (50,8)	0,727
Síntomas digestivos:				
8. Boca seca	55 (55,0)	17 (51,5)	38 (56,7)	0,623
9. Náuseas	33 (33,0)	5 (15,2)	28 (41,8)	0,008
10. Vómitos	6 (6,0)	1 (3,0)	5 (7,5)	0,661**
11. Indigestión o gases	70 (75,3)	22 (71,0)	48 (77,4)	0,497
12. Diarrea	23 (23,0)	5 (15,2)	18 (26,9)	0,191
13. Estreñimiento	36 (36,4)	8 (24,2)	28 (42,4)	0,076
Síntomas genito-urinario / sexuales:				
14. Polaquiuria	50 (50,0)	15 (45,5)	35 (52,2)	0,523
15. Disminución de la libido	50 (51,3)	12 (36,4)	38 (59,4)	0,032
16. Disfunción eréctil	7 (21,2)	7 (21,2)	NA	-
17. Dismenorrea (sólo mujeres)	13 (19,4)	NA	13 (19,4)	-
18. Dispareunia	29 (29,6)	3 (9,1)	26 (40,0)	0,002
19. Menstruaciones irregulares (sólo mujeres)	7 (10,4)	NA	7 (10,4)	-
20. Menstruaciones abundantes (sólo mujeres)	7 (10,4)	NA	7 (10,4)	-
Síntomas respiratorios / cardíacos:				
21. Dolor de garganta	27 (27,3)	8 (24,2)	19 (28,8)	0,632
22. Nudo en la garganta	39 (39,4)	10 (30,3)	29 (43,9)	0,191
23. Dificultad para respirar	42 (42,9)	12 (36,4)	30 (46,2)	0,355
24. Palpitaciones	37 (39,4)	12 (38,7)	25 (39,7)	0,928
Síntomas pseudo-neurológicos:				
25. Vértigo, mareos	47 (47,5)	15 (46,9)	32 (47,8)	0,934
26. Desmayos	0 (0,0)	-	-	-
27. Parálisis o debilidad localizada	3 (3,0)	2 (6,1)	1 (1,5)	0,253**
28. Pesadez en brazos o piernas	41 (41,8)	12 (36,4)	29 (44,6)	0,434
29. Entumecimiento u hormigueo	47 (49,0)	16 (48,5)	31 (49,2)	0,946
30. Temblores o sacudidas musculares	37 (37,0)	14 (42,4)	23 (34,3)	0,430
31. Zumbido o disminución de la audición	36 (36,0)	11 (33,3)	25 (37,3)	0,697
32. Visión doble	7 (7,0)	0 (0,0)	7 (10,4)	0,092**
Síntomas generales:				
33. Fatiga, cansancio	73 (77,7)	26 (78,8)	47 (77,0)	0,847
34. Debilidad o sentirse enfermo	46 (47,9)	14 (42,4)	32 (50,8)	0,436
35. Sudores	42 (42,4)	16 (48,5)	26 (39,4)	0,388
36. Escalofríos	23 (23,0)	7 (21,2)	16 (23,9)	0,766
37. Bochornos, sensación de calor (ruborización)	45 (47,4)	15 (46,9)	30 (47,6)	0,945
38. Dificultad para dormir	58 (59,2)	16 (48,5)	42 (64,6)	0,125
39. Disminución del apetito	30 (30,3)	8 (24,2)	22 (33,3)	0,353

*Chi cuadrado ** Prueba exacta de Fischer

NA: No aplicable

Tabla 5. Síntomas somáticos según los trastornos de ansiedad y depresión, en los pacientes que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima. Perú, 2011.

Síntomas físicos	TOTAL		TD		TA		TD + TA		P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Síntomas dolorosos:									
1. Molestias o dolor de cabeza	71	(74,7)	26	(83,9)	26	(63,4)	19	(82,6)	0,086
2. Molestias o dolor cervical	59	(59,6)	19	(59,4)	21	(50,0)	19	(76,0)	0,111
3. Molestias o dolor de espalda	60	(61,2)	16	(51,6)	26	(63,4)	18	(69,2)	0,370
4. Molestias o dolor en las articulaciones o extremidades	49	(51,6)	18	(58,1)	19	(47,5)	12	(50,0)	0,666
5. Molestias o dolor de pecho	41	(43,2)	11	(37,9)	16	(39,0)	14	(56,0)	0,318
6. Molestias o dolor abdominal	42	(43,8)	14	(46,7)	12	(30,0)	16	(61,5)	0,038
7. Molestias o dolores musculares	50	(52,1)	16	(56,6)	21	(52,5)	13	(52,0)	0,997
Síntomas digestivos:									
8. Boca seca	55	(55,0)	13	(40,6)	27	(64,3)	15	(57,7)	0,122
9. Náuseas	33	(33,0)	11	(34,4)	8	(19,0)	14	(53,8)	0,012
10. Vómitos	6	(6,0)	5	(15,6)	1	(2,4)	0	(0,0)	0,019
11. Indigestión o gases	70	(75,3)	21	(67,7)	28	(77,8)	21	(80,8)	0,475
12. Diarrea	23	(23,0)	9	(28,1)	9	(21,4)	5	(19,2)	0,690
13. Estreñimiento	36	(36,4)	10	(31,3)	16	(38,1)	10	(40,0)	0,756
Síntomas genito-urinarios /sexuales:									
14. Polaquiuria	50	(50,0)	14	(43,8)	23	(54,8)	13	(50,0)	0,644
15. Disminución de la libido	50	(51,3)	16	(53,3)	22	(52,4)	12	(48,0)	0,916
16. Disfunción eréctil	7	(21,2)	1	(16,7)	5	(25,0)	1	(14,3)	0,800
17. Dismenorrea (sólo mujeres)	13	(19,4)	1	(3,8)	6	(27,3)	6	(31,6)	0,035
18. Dispareunia	29	(29,6)	9	(29,0)	13	(31,0)	7	(28,0)	0,964
19. Menstruaciones irregulares (sólo mujeres)	7	(10,4)	3	(11,5)	3	(13,6)	1	(5,3)	0,664
20. Menstruaciones abundantes (sólo mujeres)	7	(10,4)	2	(7,7)	3	(13,6)	2	(10,5)	0,798
Síntomas respiratorios / cardíacos:									
21. Dolor de garganta	39	(39,4)	12	(37,5)	13	(31,7)	14	(53,8)	0,189
22. Nudo en la garganta	42	(42,9)	12	(38,7)	15	(36,6)	15	(57,7)	0,201
23. Dificultad para respirar	37	(39,4)	11	(36,7)	14	(35,0)	12	(50,0)	0,461
24. Palpitaciones									
Síntomas pseudo-neurológicos:									
25. vértigo, mareos	47	(47,5)	12	(37,5)	17	(40,5)	18	(72,0)	0,017
26. Desmayos	0	(0,0)	-		-		-		-
27. Parálisis o debilidad localizada	3	(3,0)	1	(3,1)	1	(2,4)	1	(3,8)	0,941
28. Pesadez en brazos o piernas	41	(41,8)	13	(41,9)	14	(33,3)	14	(56,0)	0,191
29. Entumecimiento u hormigueo	47	(49,0)	10	(32,3)	21	(51,2)	16	(66,7)	0,038
30. Temblores o sacudidas musculares	37	(37,0)	10	(31,3)	15	(35,7)	12	(46,2)	0,492
31. Zumbido o disminución de la audición	36	(36,0)	8	(25,0)	13	(31,0)	15	(57,7)	0,024
32. Visión doble	7	(7,0)	2	(6,3)	2	(4,8)	3	(11,5)	0,556
Síntomas generales:									
33. Fatiga, cansancio	73	(77,7)	24	(80,0)	28	(71,8)	21	(84,0)	0,485
34. Debilidad o sentirse enfermo	46	(47,9)	19	(61,3)	13	(32,5)	14	(56,0)	0,035
35. Sudores	42	(42,4)	8	(25,8)	20	(47,6)	14	(53,8)	0,069
36. Escalofríos	23	(23,0)	6	(18,8)	8	(19,0)	9	(34,6)	0,262
37. Bochornos, sensación de calor (ruborización)	45	(47,4)	12	(40,0)	18	(43,9)	15	(62,5)	0,217
38. Dificultad para dormir	58	(59,2)	24	(75,0)	19	(46,3)	15	(60,0)	0,047
39. Disminución del apetito	30	(30,3)	11	(34,4)	7	(17,1)	12	(46,2)	0,034

*Chi cuadrado TD: Trastornos depresivos TA: Trastornos de ansiedad TD + TA: Trastornos depresivos y trastornos ansiosos

DISCUSIÓN

En el presente estudio hemos encontrado que los principales síntomas somáticos en nuestros pacientes con ansiedad y depresión, son los síntomas dolorosos, como cefalea, dorsalgia y cervicalgia. Destacan también los síntomas gastrointestinales como indigestión/gases y boca seca. Y entre los principales síntomas generales tenemos cansancio/fatiga e insomnio.

Nuestros hallazgos concuerdan con los de un estudio multicéntrico de atención primaria realizado en 14 países de 5 continentes donde entre el 45 y 95% de los pacientes deprimidos reportaron síntomas somáticos (7) y con los de otros estudios que encuentran una prevalencia de síntomas dolorosos que varía de 15 a 100% (con un promedio de 65%) del total de pacientes deprimidos (9). Cifras similares se han reportado en un reciente estudio realizado en España, en 3362 pacientes con trastornos depresivos y/o de ansiedad, donde el 65,5% eran mujeres. Aquí se encontró que los principales síntomas somáticos fueron cansancio o baja energía (85,6%) e insomnio (82,5%), luego cefalea (74,6%), taquicardia (66,8%), disnea (60,1%), dorsalgia (59,9%), dolor de estómago (56,7%), dolor en extremidades y articulaciones (55,3%), náuseas, gases o indigestión (53,1%) y mareos (50,3%) (23).

En nuestro medio, un estudio que comparó la sintomatología depresiva entre peruanos y norteamericanos, que incluyó 93 pacientes ambulatorios de un hospital de Lima con una edad promedio de 34,6 años y donde el 74,2% eran mujeres, encontró: cefalea (84,9%), cervicalgia (69,9%) y dorsalgia (45,2%). Y asimismo, otros síntomas tales como boca seca o amarga (82,8%), taquicardia (75,3%), disminución del deseo sexual (68,8%), vértigos y mareos (67,7%), acroparestesias (61,3%), disnea y zumbido de oídos (ambos 60,2%), visión borrosa (58,1%), estreñimiento (52,7%) y flatulencia (45,2%); siendo la tasa de manifestaciones somáticas mayor en nuestra población comparada con la norteamericana (22).

Nuestros resultados indican que las mujeres reportan más síntomas somáticos que los hombres, esto está de acuerdo con estudios previos, que también han encontrado una fuerte asociación entre ansiedad, depresión y síntomas somáticos, con predominio del número promedio de síntomas físicos en el sexo femenino sobre el masculino, así en ansiedad es 5,9/4,5, en depresión 5,9/4,6, y en ambos (ansiedad

más depresión) 7,6/6,1 (11, 12, 23).

Varios factores se han propuesto para explicar la mayor frecuencia de síntomas somáticos en las mujeres. Esto podría deberse a la mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres, los cuales son 2 a 3 veces más prevalentes que en los hombres (10-12); a una historia de abuso físico o sexual que es más frecuente en mujeres y que en la adultez se manifiesta por mayor prevalencia de dolor pélvico, ginecológico, urológico y gastrointestinal; a diferencias neurobiológicas y neurofisiológicas dependientes de hormonas, como por ejemplo en el sistema opioide endógeno que es modulado por estrógenos y otras hormonas sexuales; a diferencias de género en los roles sociales, que hacen que los hombres sean más estoicos y se resistan a asumir el rol de enfermos más que las mujeres (12); a factores culturales que permiten una mayor expresividad en las mujeres, la búsqueda de atención de salud y la amplificación de los síntomas somáticos (10); y a que las mujeres presentan mayores tasas de depresión somática que “depresión pura”, caracterizada la primera por alta tasa de dolor, trastornos de ansiedad y disforia crónica (11).

Hemos encontrado que los pacientes que tenían ambos trastornos, ansiedad más depresión, tenían un puntaje de PHQ-15 significativamente mayor que los pacientes con sólo trastornos de ansiedad o depresión, hallazgos similares a los reportados por otros autores (10). También se encontró correlación estadísticamente significativa entre el CGI-S y el PHQ-15, lo que indica que a mayor severidad del cuadro clínico, hay mayor sintomatología somática. No encontramos relación entre severidad del trastorno depresivo o ansioso y la presión arterial o el IMC, contrariamente a lo reportado en otros estudios, que encuentran asociación entre ansiedad o depresión e hipotensión arterial (17,18) y obesidad (19,20), tal vez porque nuestra población es diferente a la norteamericana o europea donde se realizaron dichos estudios; o porque nuestra muestra no ha sido lo suficientemente grande para detectar dicha relación.

Se encontró que la principal comorbilidad física asociada fue la gastritis crónica (8%); cifras superiores se han encontrado en pacientes con depresión y ansiedad en otros lugares, como en Beijing, con 30,6% y 24,6%, respectivamente (25).

Las principales limitaciones de nuestro estudio fueron que sólo incluyó a pacientes que acudieron al

consultorio de psiquiatría, que son la mayoría costeños y procedentes generalmente del cono norte de nuestra capital y que algunos pacientes podrían haber tenido una patología física oculta no detectada que explique su sintomatología.

Las fortalezas de nuestro estudio fueron que se aplicaron dos cuestionarios, uno autoadministrado y otro por entrevista directa, y que se excluyó a los síntomas somáticos que tenían sustento orgánico conocido.

Se concluye, que nuestros pacientes con trastornos de ansiedad y/o depresión, especialmente los de sexo femenino, presentan síntomas somáticos frecuentes, a predominio de síntomas dolorosos y generales; y asimismo, que la comorbilidad entre ansiedad y depresión se relaciona con más síntomas físicos que cada trastorno por separado.

Correspondencia:

Luis Fiestas Teque.
Av. Antares N° 158 - Dpto 101, Urb. San Roque.
Santiago de Surco. Lima 33, Perú.
Correo electrónico: fiestasluis@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Füredi J, Rózda S, Zámboi J, Szadócsy E. The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care. *Psychosomatics*. 2003; 44: 402-6.
2. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*. 2003; 44:471-8.
3. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002; 64: 258-66.
4. Ruiz LG, Colín RF, Corlay IS, Lara MC, Dueñas HJ. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*. 2007; 30(2): 25-32.
5. Tamayo JM, Román K, Fumero JJ, Rivas M. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study. *BMC Psychiatry*. 2005; 5: 28-40.
6. Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Hudson J, Iyengar S, Dimitrak MA. Effect of duloxetine on painful physical symptoms associated with depression. *Psychosomatics*. 2004; 45: 17-28.
7. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Oemel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999; 341(18): 1329-34.
8. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 6ta edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1993. p.86.
9. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 2433-45.
10. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosom Med*. 2004; 66: 845-5.
11. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 1051-2.
12. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptoms reporting in women and men. *J Gen Intern Med*. 2001; 16: 266-75.
13. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim G, et al. Depression and anxiety disorder with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. *Eur J Neurol*. 2003; 10: 147-52.
14. Pompili M, Cosimo DD, Innamorati M, Lester D, Tatarelli R, Martelletti P. Psychiatry comorbidity in patient with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *J Headache Pain*. 2009; 10: 283-90.
15. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatry comorbidity of migraine. *Headache*. 2006;46: 1327-33.
16. Fredeani F, Villani V. Migraine and depression. *Neurol Sci*. 2007; 28: S161-5.
17. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11 year longitudinal population study. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 108-13.
18. Hildrum B, Mykletun A, Stordal E, Bjelland I, Dahl A, Holmen J. Association of low blood pressure with anxiety and depression: The Nord-Trondelag Health Study. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61: 53-8.
19. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorder in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7): 824-30.
20. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Ann Epidemiol*. 2008; 18(6): 458-66.
21. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*. 2002; 18(1-2).
22. Mezzich JE, Raab ES. Depressive symptomatology

- across the Americas. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37: 818-23.
23. Ros S, Comas A, Garcia-Garcia M. Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(6): 345-57.
24. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4ª ed. Buenos Aires: Ars Medica; 2008. p.157.
25. Jiang RJ, Yu X, Ma H, He YL, Wei J, Bai WP. The prevalence of depression and anxiety in gastrointestinal out-patients of tertiary general hospitals in Beijing. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2009; 48(5): 399-401.