

**TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS ASOCIADOS A LOS  
TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN UNA  
POBLACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**AUTOR: JESÚS GOROSABEL REBOLLEDA**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. D. LUIS CABALLERO MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

**JUNIO 2013**

## **AGRADECIMIENTOS:**

A todas las personas que de alguna manera han colaborado en este estudio, pacientes y compañeros, familiares y amigos.

Al Dr. Luis Caballero Martínez.

A la Dra. Isabel Millán Santos.

A la Dra. Margarita Alonso Durán.

Y sobre todo, a M<sup>ª</sup> José, Jesús y Manuel.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos .....	7
3. Revisión de la bibliografía.....	8
• Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria.....	8
• Presentación de los trastornos mentales en atención primaria.....	13
• Infradiagnóstico de los trastornos mentales en atención primaria.....	14
• Síntomas físicos / somáticos.....	18
• Síntomas físicos sin explicación médica.....	20
• Síntomas físicos / síntomas psicológicos.....	22
• Somático / somatización.....	25
• Síntomas físicos específicos.....	27
• Número de síntomas somáticos.....	29
• Situaciones especiales.....	30
• Comorbilidad con enfermedades médicas.....	31
• Comorbilidad con trastornos mentales.....	33
• Atribución causal.....	33
• Discapacidad y costes de la enfermedad.....	34
4. Material y método .....	37
5. Resultados .....	43
6. Discusión .....	77
7. Conclusiones.....	86
8. Anexos .....	88
9. Bibliografía .....	96

## INTRODUCCIÓN

Es conocida la elevada frecuencia de los trastornos mentales y psicosociales en la población general y en la población atendida en el ámbito de la atención primaria de salud. Los estudios epidemiológicos demuestran que existe una alta morbilidad psiquiátrica en la práctica médica general ya que los pacientes buscan ayuda principalmente en el primer escalón del sistema oficial de atención de salud. Por otra parte, y a pesar de la frecuencia con que se presentan los trastornos psiquiátricos comunes en atención primaria, la depresión es una queja poco frecuente entre los síntomas que los pacientes relatan al médico de familia y rara vez se presentan en la consulta con síntomas que encajan perfectamente en las taxonomías psiquiátricas de diagnóstico, sino que habitualmente se presentan con una combinación de síntomas físicos, psicológicos y problemas sociales. El médico generalista se enfrenta a una situación difícil: ante un paciente que se presenta con síntomas físicos tiene que diagnosticar o descartar una enfermedad física, diagnosticar o descartar una enfermedad mental, despistar una enfermedad depresiva comórbida con enfermedad física o identificar los trastornos del estado de ánimo subyacentes en pacientes que presentan problemas somáticos.

En atención primaria se produce un importante infra diagnóstico de problemas mentales y una de las causas principales que se cita es la presentación somática de los mismos problemas. La presentación somática de los trastornos mentales comunes va a ocasionar un retraso en el tratamiento, pruebas diagnósticas y tratamientos inútiles y yatrógenos, incapacidad laboral, insatisfacción del médico y del paciente y, como consecuencia, una importante repercusión en el paciente, en la sociedad y en el propio sistema sanitario.

Dice D. Goldberg en el prólogo a la primera edición del libro *Psiquiatría en Atención Primaria* del que es editor J.L. Vázquez-Barquero **(1)**, que los trastornos mentales se podrían clasificar en dos grandes grupos: los trastornos “comunes”, que incluiría los trastornos ansioso – depresivos, las fobias, los trastornos de pánico..., que deberían ser tratados fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria; y los trastornos graves, esquizofrenia, trastornos bipolares, demencias... que se tratarían en los servicios especializados, aunque su atención sea también compartida con los centros de medicina general. Dentro del primer grupo están procesos muy frecuentes en la población general y en las consultas de medicina general, que en muchas ocasiones no llegan a ser diagnosticados.

En los últimos años hemos asistido a un importante cambio en la figura del médico de atención primaria. Hemos pasado de las consultas “de cupo” de los antiguos consultorios en las que los médicos generales actuaban de filtro y clasificación de los pacientes hacia la atención especializada, a los actuales equipos de atención primaria en los que el médico generalista es figura central del sistema de salud. Esto se refleja en que para la mayoría de

enfermos, el médico de atención primaria no es sólo el punto de entrada al sistema sanitario, sino también el profesional que realiza de forma principal su diagnóstico, tratamiento y seguimiento y el que atiende las necesidades derivadas de sus alteraciones **(2)**.

Los pacientes atendidos en atención primaria presentan una gran heterogeneidad clínica claramente diferente de la población atendida en atención especializada, donde los procesos patológicos han sido tradicionalmente definidos e investigados. Es importante definir e investigar los procesos que se atienden en atención primaria y no sólo aceptar lo que se define en atención especializada. Esto es particularmente importante en esos trastornos que antes denominamos como “comunes” y que se estudian de manera principal en atención especializada y, sin embargo, en el ámbito donde habitualmente se diagnostican y tratan están poco estudiados. Además, en general, los médicos tienen una clara orientación biológica y la máxima “primero descartar lo orgánico” sigue siendo válida en general, y los trastornos mentales son habitualmente un diagnóstico de exclusión.

El médico de atención primaria debe actuar sobre el paciente en su conjunto; de forma integral, porque considera a la persona en un modelo biopsicosocial; integrada, porque en el proceso de atención existen elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; continuada y permanente, porque se realiza a lo largo de la vida de la persona y en todos sus ámbitos; y activa porque los profesionales no deben actuar únicamente como receptores de las demandas, sino buscando de forma activa las distintas necesidades de salud, aunque estas no sean expresadas **(3)**. En el caso de la depresión y de la ansiedad con una presentación fundamentalmente somática en atención primaria, es importante remarcar dos características del proceso de atención, la accesibilidad del paciente al proceso asistencial y la actitud activa del profesional que facilite la expresión de los sentimientos, y no sólo el registro de los síntomas físicos. Estas características de la atención primaria se han considerado fundamentales en el proceso que nos ocupa y no se ha pretendido ser exhaustivos en su descripción pues no corresponde a este trabajo el estudio de las citadas características.

El presente estudio busca de forma preferente la **detección y análisis de los síntomas físicos que acompañan a los trastornos de ansiedad y depresión** que pueden detectarse en la consulta del médico de familia. Para realizar el trabajo, en primer lugar se ha realizado una búsqueda de la literatura en las bases de datos PubMed y Embase y posteriormente se ha realizado un estudio transversal en la consulta de un médico de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Se ha utilizado como instrumento de criba y diagnóstico psiquiátrico el cuestionario PRIME-MD®, un cuestionario de datos generales, uno de atribución de síntomas somáticos, el índice acumulativo de enfermedad y la frecuentación de los pacientes a la consulta en el centro de salud, que nos han permitido extraer unos datos accesorios al trabajo principal.

Se justifica el estudio por la frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en las consultas de medicina general, con una gran repercusión en la salud del propio paciente, de la familia, de los cuidadores, de la sociedad en general y del propio sistema sanitario. Por otra

parte, los síntomas somáticos son la principal causa de consulta en atención primaria y son predominantes en cualquier consulta de medicina general. Entre los pacientes que presentan trastornos de ansiedad o depresivos se pueden observar altos niveles de síntomas somáticos, muchas veces como sintomatología predominante o única, con poca participación de sintomatología de la esfera psicológica e incluso con negación de estos síntomas. Esta característica de estos trastornos en el ámbito de la atención primaria supone una dificultad en el diagnóstico, un retraso de este y consecuencias negativas: falta de eficacia de un tratamiento correcto, elevado gasto de tiempo, pruebas diagnósticas, tratamientos ineficaces y iatrogenia, tanto diagnóstica como terapéutica, en un síndrome que presenta elementos cognitivos, afectivos y somáticos. Este último grupo de síntomas es el que trataremos en nuestro estudio con mayor detalle.

## OBJETIVOS

- Estudiar los síntomas somáticos que se asocian a los trastornos depresivos y de ansiedad en una muestra de población de atención primaria española.
- Determinar la frecuencia de presentación de estos síntomas somáticos en los trastornos depresivos y de ansiedad, comparado con un grupo control de la misma consulta.
- Estudiar qué síntomas somáticos se asocian más frecuentemente a los trastornos depresivos a los trastornos de ansiedad y a la situación comórbida de ambos trastornos y determinar si existen diferencias en su presentación.
- Determinar si algún tipo de síntomas somáticos se asocia con más frecuencia a los trastornos de depresión o de ansiedad.
- Conocer la atribución causal que los pacientes hacen de los síntomas somáticos que presentan asociados a la ansiedad y la depresión.

## REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Para la revisión de la bibliografía se ha realizado una búsqueda en las bases de datos **EMBASE** y **PUB MED** con los siguientes términos: Somatic symptoms, Somatization, Symptom-based conditions, Functional somatic syndromes, Multiple unexplained symptoms, Medically unexplained physical symptoms, Idiopathic physical symptoms, Physical symptom disorder, Functional somatic symptoms, Somatoform symptoms, Primary Health Care, Depressive Disorder, Anxiety Disorders.

En esta introducción se hace una revisión de éstos conceptos relacionando los síntomas somáticos y los trastornos mentales esenciales que se atienden frecuentemente en atención primaria; por un lado los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, por otro lado, los conceptos de síntomas somáticos, somatización, trastornos de somatización, síntomas físicos no explicados médicamente y, finalmente, la comorbilidad entre la depresión, la ansiedad y la somatización. Se ha tratado de repasar estos conceptos a la luz de los estudios publicados en los últimos años en atención primaria. Estos conceptos no son sinónimos pero están relacionados y tienen puntos comunes unos y se asocian otros. Algunos de estos constructos están cuestionados por muchos autores y están en revisión para las futuras clasificaciones internacionales de enfermedades mentales.

### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

En trabajos anteriores se documenta la elevada frecuencia de los trastornos mentales y psicosociales en la población general y en la población atendida en el ámbito de la atención primaria **(4) (5) (6) (7) (8)**. Los estudios epidemiológicos demuestran que existe una alta morbilidad psiquiátrica en la práctica médica general, los pacientes buscan ayuda principalmente en el sistema oficial de atención de salud, siendo la mayoría tratados por los equipos de atención primaria que habitualmente son los primeros y con frecuencia los únicos profesionales de la salud que atienden a estos pacientes, de manera que los médicos generales se posicionan como elementos determinantes dentro del sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento de estos problemas **(9) (10)**. Las cifras obtenidas en los estudios son muy dispares, en todo caso muy altas, con cifras del 25%, que llegan al 53% en otros trabajos. En muchas revisiones nos encontramos con estudios difícilmente comparables, ya que trabajan con poblaciones diferentes, no utilizan la misma definición de caso, ni el mismo instrumento de medida, pero en conjunto nos permite darnos cuenta del peso y la importancia que estos problemas suponen en el trabajo diario del médico de familia.



Una revisión de la literatura realizada por Bowers **(5)**, destaca esta alta prevalencia: un 25% entre los que consultan y un 52% entre los frecuentadores tienen una enfermedad mental diagnosticable. En 1999 Spitzer y colaboradores **(11)**, en un estudio en que utilizan el cuestionario PRIME-MD® (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) que ellos mismos desarrollaron, concluyen que un trastorno psiquiátrico puede encontrarse en el 39% de la población atendida en atención primaria, de los que en el 26% de las ocasiones se diagnostica un trastorno umbral y en el 13 % un trastorno sub-umbral. En este estudio la prevalencia encontrada de cualquier trastorno del humor es del 26% y de cualquier trastorno de ansiedad del 18%. Dentro del primer grupo, el trastorno depresivo mayor alcanza el 12% de la población y dentro del segundo grupo la mayor prevalencia la alcanza el trastorno de ansiedad generalizada con el 7%, seguido por el trastorno de pánico con el 4%.

Con los cuestionarios GHQ (General Health Questionnaire) y la entrevista estructurada SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), Vázquez-Barquero y colaboradores **(4)** encuentran una prevalencia de enfermedades mentales de 33% con el primer cuestionario y 31,5% con el segundo. Poco más tarde Caballero y cols. **(12)** llevan a cabo un estudio en el que un grupo de médicos de atención primaria utilizaron el cuestionario PRIME-MD® y un grupo de psiquiatras lo hicieron con el cuestionario SCAN; los primeros identificaron patología mental en el 53,5% de los pacientes y los segundos en el 41,3%. También usando el cuestionario PRIME-MD®, Anseau y cols. **(13)** detectaron un trastorno mental tanto umbral como sub-umbral en un 42,5% de todos los pacientes. Este estudio tiene dos conclusiones de gran importancia para nuestro trabajo: una es el elevado índice de comorbilidad, y una segunda es que, a pesar de las elevadas tasas de prevalencia de trastornos mentales, únicamente un 5,4% de los pacientes consultaban por un motivo de la esfera mental. Roca y cols. **(14)** en un estudio con el cuestionario PRIME-MD® publicado en 2009 con una muestra de casi 8000 pacientes adultos de atención primaria, encontraron que el 53,6% de los pacientes presentaron uno o más trastornos psiquiátricos, una prevalencia superior a la que dan la mayoría de los estudios. En este trabajo los trastornos encontrados con más frecuencia fueron los trastornos afectivos (35,8%) y dentro de este grupo destaca el trastorno depresivo mayor, que fue detectado en un 29% de los pacientes. En segundo lugar los trastornos de ansiedad (25,6%), con el trastorno de ansiedad generalizada detectado en el 11,7% de los pacientes. Resultados semejantes obtienen también Hanel y cols. **(15)** y Cwikel y cols. **(16)** en dos recientes estudios en los que concluyen que la depresión, la ansiedad y la somatización son los trastornos mentales más frecuentemente atendidos en atención primaria, añadiendo los trastornos de la alimentación en el segundo estudio. Finalmente, Vicente y cols. **(17)** encuentran una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 36% en consultas de atención primaria en Chile.

Entre los trastornos mentales son los trastornos depresivos los que se encuentran entre los más comunes y relevantes problemas de salud a los que se tiene que enfrentar el médico de atención primaria **(18) (19)**. Estos trastornos están integrados en las clasificaciones psiquiátricas dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos y su importancia radica en su alta prevalencia, en la gran discapacidad que generan **(20)**, y los elevados costes tanto a nivel individual como familiar y social.

Los estudios en población general presentan tasas de prevalencia inferiores a los estudios que se hacen con muestras clínicas. En un estudio en población general realizado por Ayuso y cols. **(21)** en cinco países europeos se encuentran tasas de prevalencia de episodio depresivo del 8,5% (10% en mujeres y 6,6 % en hombres, situando a España entre los países de baja prevalencia). También en población general en España, Haro y cols. **(22)** sitúan al episodio depresivo mayor como el trastorno mental más frecuente, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida.

En poblaciones clínicas de atención primaria, las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos son entre dos y tres veces más altas que en las muestras de población general **(23)**; los estudios epidemiológicos encuentran síntomas depresivos por encima del 20% y las tasas de prevalencia de depresión mayor son superiores al 10% **(24) (25) (26)**, con tasas en la mayoría de los estudios en torno al 15%, aunque nos encontramos con cifras más bajas y, también más altas.

En el estudio internacional patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, Psychological Problems in General Health Care **(27)** llevado a cabo en 14 países, se cita una prevalencia media de 10,4%, con cifras tan dispares como la de Chile con un 29% y la de Manchester en el Reino Unido con un 17%, y por el lado contrario un 2,6% en Japón y un 4% en China.

Una tasa de prevalencia de trastorno depresivo mayor en torno a este 15 % que citábamos anteriormente encontramos en trabajos como el de Caballero y cols. de 1999 **(12)**, que con los cuestionarios PRIME<sup>®</sup> y SCAN dan una prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y distimia de aproximadamente el 13 % cada uno. En otro estudio publicado más recientemente por Caballero y cols. **(25)** utilizando el Structured Polyvalent Psychiatric Interview en centros de salud españoles encuentran una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 14 %, con una prevalencia de síntomas depresivos del 23 %. Resultados parecidos obtienen Aragonès y cols. **(28)** utilizando el cuestionario Structured Clinical Interview en 10 consultas de atención primaria de Tarragona, con una prevalencia de 14,3 % de depresión mayor y un 4,8 % de distimia. Cifras algo más elevadas, aunque muy parecidas, las obtienen Aragonès y cols. **(29)** utilizando los cuestionarios la escala de depresión de Zung y el cuestionario SCID-I en dos fases, obteniendo una prevalencia de trastorno depresivo de 16,8 %. Y cifras muy similares obtienen también Kessler y cols. **(30)** utilizando el cuestionario CIDI, con una prevalencia de 16,2 %.

Con el cuestionario PRIME-MD<sup>®</sup> Ansseau y cols. **(13)** obtienen cifras parecidas a las que vimos anteriormente de Caballero y cols. con el mismo cuestionario en 1999: trastorno depresivo mayor 13,9 %, distimia 12,6 % y trastorno de ansiedad generalizada 10,3%. Cualquier trastorno del estado de ánimo lo observa en un 31 % de pacientes y cualquier trastorno de ansiedad en un 19 %.

Zung y cols. **(31)** hablan de síntomas de depresión clínicamente significativa y encuentran un 20 % aproximadamente de pacientes que acuden a centros de atención primaria. Mergl y cols. **(32)** encuentran una prevalencia de 23% de cualquier trastorno depresivo, con un 15% de algún trastorno comórbido y de 6% de dos.

Gabarrón y cols. **(33)** realizan un estudio en un centro de salud Urbano en Barcelona con el test de cribado de depresión de Beck y la entrevista estructurada MINI, encontrando una prevalencia de trastornos depresivos ‘en sentido amplio’ de 20,2%

Algunos estudios encuentran cifras más bajas. Por ejemplo Pieper y cols. **(34)** utilizando el Depression Screening Questionnaire (DSQ) encuentran tasas del 7,5% para trastorno depresivo según criterios CIE-10. Y por el lado contrario, las cifras más elevadas las encontramos en un reciente estudio realizado con el PRIME-MD® por Roca y cols. **(14)** con una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 29%.

Hasta ahora nos hemos referido a cifras de trastorno depresivo mayor, en alguna ocasión de distimia y en otras ocasiones a síntomas depresivos clínicamente significativos o a cualquier trastorno depresivo. En los pacientes “sub-umbral” o “sub-sindrómicos” son importantes en atención primaria y en función de las diferentes definiciones adoptadas su prevalencia se sitúa entre el 5 y el 16% en muestras de atención primaria, por tanto cifras similares a las que presentan los trastornos depresivos “completos”. Estos pacientes que no cumplen todos los criterios requeridos para un diagnóstico depresivo según las clasificaciones internacionales se asocian con niveles significativos de deterioro funcional, presentan más comorbilidad médica que personas sin síntomas depresivos y manifiestan altas tasas de utilización de servicios y costes de atención médica **(35)**.

Autores como Jaracz y Stein consideran los trastornos de ansiedad como el grupo más frecuente de los trastornos psiquiátricos, que afectan a una elevada proporción de población general y que están muy representados en las poblaciones de pacientes de atención primaria y otras especialidades médicas **(36) (37)**. En el estudio citado anteriormente de Haro y cols. **(22)**, en población general encuentran que, como grupo, los trastornos de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los depresivos según los datos de prevalencia-año (6,2 frente a 4,3%), relación que se invierte en la prevalencia-vida (9,3 frente a 11,4%).

De todos los trastornos de ansiedad que se describen en las clasificaciones de enfermedades mentales en uso únicamente vamos a referirnos a dos trastornos, el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de pánico, ya que son los trastornos sobre los que se realizará el estudio que nos ocupa.

El trastorno de ansiedad generalizado es un trastorno crónico e incapacitante, que se presenta con síntomas psíquicos y somáticos y a menudo se presenta junto a la depresión. Es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria según la mayoría de los estudios, al menos dos veces más frecuente que el trastorno de pánico, y con una prevalencia estimada de un 2 % en muestras de población general y alrededor del 6-8% en muestras de atención primaria **(38) (39)**. Las estimaciones de prevalencia inevitablemente varían en función de los criterios diagnósticos utilizados para la definición de caso. Los criterios de las últimas revisiones DSM y CIE son más restrictivos y parecen identificar un grupo más pequeño, más estable y posiblemente más homogéneo de personas, aunque con una presentación sintomatológica más enfocada hacia los síntomas psíquicos. Aún así, los límites no son claros, existe una elevada comorbilidad depresión/ansiedad/somatización, existen muchos síntomas compartidos y en la actualidad muchos autores cuestionan estos conceptos y piden más

investigación a fin de elaborar una versión de las clasificaciones internacionales que se ajuste más a la realidad, sobre todo de la atención primaria.

Los pacientes con trastornos de ansiedad parecen reconocer su necesidad de asistencia médica y acuden con frecuencia a centros de atención primaria **(40)**. A este respecto difieren de los pacientes con trastornos depresivos que con mucha frecuencia no identifican su problema mental como tal, buscando otras orientaciones terapéuticas. Aún así, la ansiedad, aunque tan frecuente como la depresión, ha recibido menos atención y su reconocimiento y tratamiento en atención primaria es relativamente bajo **(41)**.

En el estudio internacional patrocinado por la Organización Mundial de la Salud Psychological Problems in General Health Care **(27)**, se cita una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada de 7,9% y de trastorno de pánico de 1,3%. Cifras similares obtienen Kroenke y cols. **(42)** en cuanto a trastorno de ansiedad generalizada (7,6%), aunque encuentran cifras más altas de trastorno de pánico (6,8%). En este estudio, Kroenke y cols. cifran en un 19,5% la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad entre los pacientes que acuden a consultas de atención primaria y, un dato muy importante, que algo más del 40% de los pacientes que recibían el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad no recibían ningún tratamiento en el momento del estudio en consonancia con el hecho conocido del bajo reconocimiento y tratamiento en atención primaria de los trastornos de ansiedad. Chocrón y cols. **(43)** con el cuestionario GHQ-28 en pacientes de atención primaria encontraron tasas de trastorno de ansiedad del 13,8%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada de un 7,3% y el trastorno de pánico del 3%.

Cifras más altas las encontramos en estudios recientes realizados en nuestro país como el de Romera y cols. **(44)** con más de 7000 pacientes, que presenta cifras de ansiedad generalizada del 14%, de los cuales sólo el 6% tiene un trastorno de ansiedad puro y el 8% un trastorno de ansiedad comórbido con un trastorno depresivo mayor. En el estudio de Roca y cols. **(14)**, utilizando el cuestionario PRIME-MD® daba una tasa más baja de trastorno de ansiedad generalizado, con un 11,7%.

Tasas más altas de trastorno de pánico encontramos en estudios como el de Barsky y cols. **(45)** que encuentran cifras entre el 6,7 y el 8,3%. Y las cifras de prevalencia más elevadas las encontramos en el trabajo de Rush y cols. **(46)** que en un estudio con 1376 pacientes encuentran prevalencias de trastorno de ansiedad generalizada por encima del 20% y de pánico por encima del 11%. En una muestra clínica de pacientes que acuden a consultas de salud mental, Caballero y cols. **(47)** encuentran una prevalencia de 13.7 %, cifra parecida a la encontrada por otros autores en pacientes de atención primaria.

Acerca de la diferencia de presentación de síntomas y trastornos mentales entre sexos, hay pocas diferencias en los trabajos, en casi todos se da una mayor presentación en el sexo femenino. Haro y cols. en el estudio ESEMeD-España **(22)** dan una prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos de más del doble que la de los varones, excepto en el caso de la fobia social, en donde las diferencias son menores. Los varones en este estudio sólo presentan más trastornos por abuso o dependencia de alcohol. Cwikel y cols. **(16)** muestran como los ataques de pánico, los trastornos de alimentación y la somatización,

así como cualquier diagnóstico psiquiátrico son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Merikangas y cols. **(48)** dicen que los trastornos del humor son más comunes en mujeres, adultos jóvenes y personas con nivel educativo e ingresos más bajos. El trabajo de Aragonès y cols. **(49)** vincula el sexo femenino, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la frecuencia de visitas en atención primaria y los síntomas psicosociales a la depresión mayor. El trabajo de Romera y cols. **(50)** describe que las mujeres que acuden a centros de atención primaria y que son diagnosticadas de trastorno depresivo mayor son más propensas a presentar síntomas de ansiedad que los hombres, y que estas diferencias no se aprecian en otros síntomas depresivos, síntomas cognitivos y síntomas somáticos. Sin embargo Kroenke y cols. **(51)** publicaron un estudio sobre la diferencia de género en la presentación de síntomas físicos y concluyeron que la mayoría de los síntomas físicos son al menos un 50 % más frecuentes en mujeres que en hombres, y que esto es independiente de la comorbilidad psíquica. No cabe duda del interés de estos temas y de la poca atención que se le ha prestado hasta la fecha.

#### PRESENTACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los criterios para el diagnóstico de depresión mayor en las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 incluyen unos síntomas que se consideran primarios: tristeza, pesimismo, falta de ilusión, anhedonia, visión negativa, ideas de muerte, disminución de atención y concentración, abulia, apatía. Pero además, a la depresión se le asocian con mucha frecuencia otros síntomas como cefalea, dolor de espalda, de articulaciones, molestias gastrointestinales, y otros sin una causa orgánica que los explique claramente. En la práctica de la atención primaria los trastornos depresivos clínicamente significativos son muy frecuentes y sin embargo la depresión y los síntomas cognitivos son una queja infrecuente de los pacientes **(31)**; los pacientes rara vez se presentan en la consulta con síntomas que encajan perfectamente en las taxonomías psiquiátricas de diagnóstico, sino con una combinación de síntomas físicos, psicológicos y problemas sociales **(5) (52) (53)**. Estos pacientes en muchas ocasiones son considerados difíciles por los médicos generales y con mucha frecuencia esta dificultad es percibida por el paciente. Por supuesto, todas las quejas somáticas deben ser consideradas individualmente y evaluadas en el contexto de una cuidadosa historia y examen físico, que son los que van a dictar el curso de cualquier otra exploración **(54)**.

En la literatura existen numerosos términos utilizados para describir síntomas somáticos asociados a los trastornos mentales: somáticos, somatizados, físicos, corporales, somatomorfos, dolorosos, psicosomáticos, vegetativos, sin explicación médica, enmascarados, síntomas mal definidos etc. Estos términos no pueden utilizarse sin, al menos, mencionar varios temas clave a veces mal interpretados sobre conceptos relacionados entre sí, pero que no son sinónimos y muchos están bajo revisión. Una proporción de pacientes con enfermedad depresiva “somatiza” su trastorno; los síndromes somáticos funcionales corresponden a grupos de síntomas que forman un diagnóstico y que actualmente están a caballo entre las diferentes especialidades médicas con muy poca participación de la atención primaria; los trastornos somatomorfos, constructo actualmente en discusión en las futuras clasificaciones de enfermedades; síntomas físicos médicamente no explicados; pacientes con un trastorno

depresivo o de ansiedad con una comorbilidad médica asociada; síntomas físicos que forman parte del síndrome depresivo o de ansiedad y como forma de presentación preferente de estos trastornos, que es la forma de presentación más frecuente e importante en atención primaria; y finalmente, la presentación de un síntoma físico por un paciente con una enfermedad depresiva diagnosticable que puede ser un determinante importante de “morbilidad psiquiátrica oculta” en el ámbito de la atención primaria **(55)**. Estos conceptos se irán revisando a la luz de las referencias de la bibliografía en las páginas siguientes.

## INFRADIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Son muchos los trabajos en los que se cita un importante infradiagnóstico de patología mental en atención primaria a pesar de que el médico de familia se encuentra en una posición privilegiada para detectar estos trastornos **(12) (23) (56)**. La mayoría de las consultas de atención primaria se inician por parte del paciente. El contenido de la consulta y sus resultados se verán influidos por lo que el paciente elige exponer y cómo elige presentarlo **(57)**. El motivo de consulta del paciente parece ser el factor que determina de forma más importante que el médico no psiquiatra detecte o no una enfermedad mental. Así, cuando los pacientes mencionan síntomas de depresión mayor entre los cuatro primeros síntomas tiene diez veces más probabilidades de que se reconozca su depresión **(58)**. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con trastornos mentales consultan en atención primaria por síntomas físicos, como insomnio, dolor, cefalea, fatiga o pérdida de peso, que pueden ser atribuidos a enfermedades físicas en lugar de poner al médico sobre la pista de un posible trastorno mental. A pesar de la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general y en atención primaria, la frecuencia de consultas médicas en las que el motivo principal es un síntoma psicopatológico es muy escasa **(59) (60) (61)**. En un trabajo clásico de Zung y cols. **(31)** con una prevalencia global de síntomas depresivos clínicamente significativos del 21%, presentó la depresión como motivo de consulta el 1,2% de pacientes. De esta manera, uno de los principales motivos citados en los estudios como responsables del infradiagnóstico de los trastornos depresivos en atención primaria es que los pacientes se centran a menudo en manifestaciones somáticas con negación o minimización de los componentes cognitivos y afectivos **(29) (61) (62)**. En este sentido podemos citar otro trabajo muy interesante realizado por Simon y cols. **(63)**, bajo auspicio de la OMS. En este estudio analizaron más de 1100 pacientes de atención primaria con una prevalencia de depresión de mayor de un 10%. Los autores encontraron que dos tercios de los pacientes con depresión se presentaron exclusivamente con quejas somáticas, la mitad informó de múltiples síntomas somáticos sin explicación, y más del 10% negaban síntomas psicológicos de depresión aunque se les preguntara directamente por ellos. Los autores de este estudio concluyeron que la “somatización” es la forma de presentación principal de la depresión en atención primaria y esto sucedía independientemente de la cultura. Otros estudios también concluyen que los síntomas somáticos dominan la sintomatología clínica en pacientes con depresión en atención primaria **(25) (64) (65)** y con mucha frecuencia no se encuentra un origen orgánico identificable para ellos que justifiquen un tratamiento médico. Cuando estos síntomas somáticos se convierten en el foco de la consulta se corre el riesgo de entablar una larga y costosa búsqueda de posibles enfermedades

subyacentes en lugar de considerar el diagnóstico de la enfermedad depresiva, lo puede llevar a un subdiagnóstico y subtratamiento **(25)**.

Caballero y cols. **(25)** han estudiado la atribución causal de los síntomas somáticos que los pacientes presentaban en la consulta y encontraron que los médicos de atención primaria atribuyen los síntomas dolorosos más a una causa orgánica que a una causa psíquica, haciendo un mayor uso de analgésicos y antiinflamatorios que de antidepresivos en los pacientes con síntomas dolorosos y un trastorno depresivo diagnosticable.

En otros trabajos se estudia la frecuencia de presentación de síntomas depresivos y así Roca Bennasar y cols. **(23)** encontraron una baja frecuencia de algunos síntomas clásicamente relacionados con cuadros depresivos más graves, entre otros las vivencias de culpa, la ideación suicida, la pérdida de peso, la agitación y la inhibición; incluso el estado de ánimo deprimido sólo lo relata oral y espontáneamente un 45,3% de los pacientes. En el otro extremo, los síntomas más frecuentemente referidos son el insomnio, la ansiedad psíquica, la ansiedad somática y los correlatos corporales de tipo gastrointestinal, cardiovascular, respiratorio y genitourinario.

La presentación somática de la depresión es una de las causas que más se citan como obstáculo para el diagnóstico correcto de la enfermedad depresiva, pero por supuesto no es la única. Otras causas importantes dependen tanto del paciente como del médico: el atribuir los síntomas a causas normales, la estigmatización y la ignorancia de la depresión disminuyen la probabilidad de ser diagnosticados correctamente; mientras que aquellos con historia psiquiátrica conocida o alta frecuentación tienen más probabilidad de recibir el diagnóstico adecuado. Y por parte del profesional, los médicos con interés en los problemas de salud mental, los que hacen preguntas abiertas, dan más tiempo, son más empáticos, tienen más contacto ocular e interrumpen menos, detectan la depresión con más frecuencia **(52)**. También es más difícil hacer el diagnóstico de depresión cuando se presenta con otra enfermedad mental comórbida como la ansiedad, el uso indebido de sustancias o el consumo excesivo de alcohol.

Benjamin y cols. **(66)** citan como causa del infra reconocimiento del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de pánico en atención primaria no sólo las presentaciones somáticas, sino también la falta de rutina de detección para estas enfermedades.

En una encuesta a médicos de atención primaria del Reino Unido se señala la preocupación por la enfermedad física como la principal razón para no reconocer la depresión. También señalan los cortos tiempos de consulta, la poca habilidad de técnicas de consulta y la falta de conocimientos acerca de los síntomas de la depresión **(58)**.

El tiempo disponible para la consulta es otro factor importante a la hora de hacer un diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad. Cuando los síntomas iniciales no son psicológicos en los menos de 10 minutos que un médico de familia dispone con cada paciente, las cuestiones planteadas inicialmente dominan el pensamiento del médico y es a menudo difícil reorientar su pensamiento **(58)**. Y en un tiempo tan escaso el idioma se vuelve un factor

importante en el correcto diagnóstico de un paciente, siendo muy difícil la comunicación de las emociones y el reconocimiento de la ansiedad y del estado del ánimo cuando se habla otro idioma.

Otra de las dificultades con que se encuentra el médico de familia en el diagnóstico de la enfermedad depresiva es su espectro de gravedad. Se ha encontrado una correlación entre la gravedad de la depresión y su reconocimiento, es decir, una depresión que se manifiesta con síntomas leves tiene más probabilidad de que no sea diagnosticada que una depresión que presenta una sintomatología grave **(67)**.

La depresión es también un fenómeno social y cultural, con marcadas diferencias en las diferentes culturas y grupos étnicos que determinan distintos patrones de enfermedad, de búsqueda de ayuda y de tratamiento; en gran parte de las culturas la depresión es experimentada como un trastorno somático, con negación o minimización de síntomas afectivos y cognitivos **(18)**.

En atención primaria, la presentación de sintomatología somática sin explicación médica que se atribuye a causas normales, no patológicas, es otro de los principales motivos de diagnóstico erróneo de la depresión **(57) (68)**. En el estudio de Kessler y cols. **(57)** los médicos no reconocen la depresión en el 85% de los pacientes que atribuyen los síntomas a una causa “normal”, en comparación con el 38% de los que lo atribuyen a una causa psicológica. En ausencia de situaciones que expliquen los síntomas o cuando las pruebas resulten negativas, los síntomas que se producen dentro de un rango aceptable de la experiencia, no indican una enfermedad grave o es probable que se auto limiten, se debe tener cuidado con la estrategia común de “normalizar”, es decir, atribuir los síntomas a una causa “normal” de la vida, siendo una estrategia común a los síntomas inexplicables en la práctica clínica. A veces, cuando se asocia a una explicación plausible y situada dentro del marco conceptual de los propios pacientes puede ser útil como estrategia terapéutica, pero si no se enmarca cuidadosamente la normalización por el médico puede hacer que los pacientes intensifiquen su presentación y conducir a una escalada de intervenciones innecesarias **(69)**, tanto diagnósticas como terapéuticas.

La edad también influye en el diagnóstico de la depresión; así, aunque la depresión y la ansiedad son comunes entre los jóvenes y se asocian a una morbilidad significativa, pocos jóvenes con depresión son diagnosticados y reciben tratamiento. En el estudio de Richardson y cols. **(70)** sólo el 22% de los jóvenes que cumplían criterios DSM-IV de trastorno depresivo mayor eran diagnosticados o recibían tratamiento.

Al igual que sucede con la depresión, existe un importante infra diagnóstico e infra tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado en atención primaria. En un estudio realizado en Noruega por Olsson y cols. **(71)** se observó que el nivel de detección del TAG era bajo y de los pacientes diagnosticados sólo el 36% recibía tratamiento.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. En el DSM-IV el diagnóstico de



trastorno de ansiedad generalizada se centra en los síntomas psíquicos de ansiedad, excluyéndose casi completamente los síntomas somáticos, como síntomas autonómicos y dolor que estos pacientes presentan frecuentemente (ya que la mayoría de los pacientes acuden a la consulta del médico de familia con diversos síntomas físicos). Los principales síntomas somáticos asociados al trastorno de ansiedad generalizado son la tensión o rigidez muscular, cefalea y dolor de espalda, síntomas gastrointestinales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, insomnio y cansancio. Las personas que presentan dolor tienen una probabilidad ocho veces mayor de tener un trastorno de ansiedad generalizado **(40)**. En este mismo sentido, en un estudio realizado en atención primaria en Alemania por Wittchen y cols. **(38)**, la ansiedad era el síntoma principal sólo en el 13% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y, sin embargo, el 48% acudieron con síntomas somáticos, que a menudo no se reconocen como parte del trastorno de ansiedad y contribuyen al bajo nivel de detección de este problema en atención primaria, al igual que sucede como vimos anteriormente con los trastornos depresivos.

A la hora de evaluar los síntomas de ansiedad hay que tener muy presente para hacer un adecuado diagnóstico diferencial que una amplia gama de enfermedades médicas puede producir estos síntomas, por ejemplo, enfermedades endocrinas (hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismos), enfermedades cardiovasculares (por ejemplo insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma), o enfermedades neurológicas. Los síntomas de ansiedad son también frecuentes en la intoxicación y la abstinencia de sustancias.

Otra dificultad importante para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada es que no suele encontrarse aislado sino que con mucha frecuencia se asocia a otras enfermedades. Suele coexistir con trastornos del estado de ánimo, con otros trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En los años 70 del siglo pasado se separaron los trastornos de 'ansiedad' y 'depresión' y se orientó la investigación de estas dos patologías en cursos paralelos y relativamente separados lo que ha supuesto probablemente un importante problema, sobre todo en atención primaria. A partir de ese momento la habitual coincidencia de diagnósticos por ansiedad y depresión en muchos pacientes se ha explicado mediante el argumento de la 'comorbilidad' **(72)**. La realidad podría ser bien diferente, ya que la mayoría de los pacientes que presentan TAG son diagnosticados de al menos otra enfermedad concomitante. Ya en 1978 Widmer y Cadoret mostraron que los pacientes con depresión presentaban un aumento de la tensión y los sentimientos de ansiedad (síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada), cuestionándose el por qué los síntomas de ansiedad desempeñan un pequeño papel en la detección de la depresión en atención primaria **(73) (74)**. Carter y cols. publican en 2001 un estudio en el que encuentran una comorbilidad de cualquier trastorno depresivo o de ansiedad del 91,3% **(75)**.

Al igual que vimos anteriormente con los trastornos depresivos y de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico también está pobremente diagnosticado en atención primaria **(45)**. En la tormenta clínica característica del trastorno de pánico, la mayoría de los síntomas "patognómicos" son síntomas físicos. Incluye palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado, sensación de falta de aire o asfixia, dolor de pecho o malestar, sensación de mareo

o desmayo, entumecimiento y hormigueo, etc. Estos síntomas físicos son la principal razón por la que los pacientes buscan atención y tienden a hacerlo primero en el ámbito médico, habitualmente por un sistema de urgencia, antes que en el psiquiátrico **(76)**. Aunque el cuadro clínico suele ser bastante característico, en los servicios de urgencia, que es donde habitualmente se atienden, en la mayoría de las ocasiones se realizan pruebas para descartar enfermedades médicas. Posteriormente se derivan a atención primaria, donde en ocasiones se sigue tratando de buscar explicaciones físicas a los síntomas de la ansiedad y se dan tratamientos sintomáticos para algunos de los síntomas somáticos.

Los síntomas se dicotomizan con frecuencia de forma un tanto arbitraria como psicológicos o físicos **(77)**, pero la frontera entre lo “orgánico” y los “funcional” puede ser borrosa y en la mayoría de los casos artificial. Los síntomas somáticos son muy frecuentes en la población general y suponen la mayoría de las visitas ambulatorias **(78)** constituyendo la principal puerta de entrada al sistema de salud. Hay que tener siempre presente que el papel de los síntomas somáticos en pacientes con depresión ha sido históricamente subestimado e infrarreconocido **(65)**.

## SÍNTOMAS FÍSICOS / SOMÁTICOS

Aunque estos síntomas a menudo son llamados “físicos” por los médicos de atención primaria, y “somáticos” por los especialistas de salud mental, los dos adjetivos son sinónimos y, en gran medida, se utilizarán indistintamente. Los síntomas comúnmente se denominan “somáticos” por los profesionales de la salud mental, en parte para distinguir los síntomas corporales de otros tipos de síntomas no somáticos, cognitivos, o emocionales. En cambio, la medicina general y otras disciplinas no-mentales de la salud con más frecuencia se refieren a los síntomas corporales como síntomas “físicos”. La distinción no es únicamente semántica. Etiquetando un síntoma como somático se evocan los términos “somatización” y “somatomorfo” y, por consiguiente, un mal entendimiento de los síntomas corporales inadvertidamente puede asumir una causa psicológica **(78)**. Los síntomas “somáticos” son comúnmente una mezcla de factores físicos y psicológicos, más que puramente el resultado de uno u otro, en palabras de Kurt Kroenke “una aleación más que un solo metal” **(78)**. El término “físico” también puede tener diferentes matices en psiquiatría y medicina. En psiquiatría, los trastornos de la medicina general también se conocen como trastornos físicos. Cuando se utiliza el término “comorbilidad física” los psiquiatras pueden hacer referencia a los pacientes que tienen trastornos mentales y que también tienen 1) trastornos bien definidos por la medicina general (por ejemplo, diabetes, enfermedad coronaria, o asma), o 2) sólo los síntomas somáticos (por ejemplo dolor de cabeza, dolor lumbar o fatiga). El primer tipo de morbilidad más frecuente es al que se refiere la medicina general como comorbilidad “médica” (en lugar de física) **(78)**.

Es inexacto equiparar los síntomas físicos con trastornos físicos (es decir, “médicos”) ya que muchos pacientes estables con trastornos médicos son asintomáticos y muchos con síntomas físicos no tienen un trastorno médico que da cuenta de la presencia y / o gravedad de sus síntomas físicos **(61)**. La expresión ‘somático’ se refiere a las diferentes sensaciones

corporales que una persona percibe como desagradables o preocupantes. Los síntomas físicos incluyen sensaciones corporales como dolor de espalda, dolor de cabeza, trastornos intestinales, mareos, palpitaciones, fatiga, y numerosas otras perturbaciones. Varias disfunciones físicas básicas, como las de sueño, apetito, fatiga o pérdida de energía, también se incluyen en el término 'somático'. Es clínicamente relevante diferenciar entre síntomas somáticos dolorosos y no dolorosos de la depresión **(10)**. El lenguaje utilizado en la literatura médica para describir síntomas somáticos de la depresión es a la vez confuso y contradictorio. Un gran número de términos, incluyendo síntomas físicos, condiciones físicas dolorosas crónicas, síntomas no explicados médicamente, síntomas somatizados, síntomas dolorosos, somatización, síntomas somatomorfos, síntomas psicósomáticos, depresión enmascarada. Es importante no confundir los síntomas somáticos asociados a la depresión con los trastornos somatomorfos. El diagnóstico diferencial es confundido por el conocimiento de que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes con trastorno de somatización. Del mismo modo que hay niveles sustanciales de síntomas hipocondriacos, de conversión y somatización en pacientes con depresión **(61)**. Entender la relación de los síntomas somáticos y la depresión es un elemento esencial para mejorar nuestro conocimiento de los trastornos depresivos en el entorno de la atención primaria.

Los conceptos síntomas físicos y depresión remiten a complejas opiniones sobre la distinción entre mente y cuerpo. Mientras la depresión es habitualmente considerada como un trastorno de la emoción, sus aspectos de comportamiento, tales como aislamiento social o las alteraciones de las conductas de la alimentación y las alteraciones de la esfera física son igualmente importantes. Sin embargo, esto no siempre se refleja en nuestra práctica clínica **(69)**. Nuestro marco conceptual y de diagnóstico se deriva tanto de nuestra formación médica como de los sistemas de clasificación de la CIE10 y DSM-IV que se basan en una banda relativamente estrecha de perspectiva dualística **(69)**. En palabras de Dowrick este marco nos anima a ver los problemas como físicos o psicológicos en primer lugar, y a introducir el concepto de comorbilidad como medio de reconocimiento de las situaciones complejas con el diagnóstico de síntomas "médicamente inexplicables", que sirve de apoyo para clasificar a los pacientes que no presentan sus síntomas de forma fácilmente formulable **(69)**. Estos síntomas físicos que se presentan en el seno de la depresión y que con frecuencia se denominan médicamente no explicados reciben con gran frecuencia un tratamiento poco adecuado, y resulta inútil pensar cualquiera de estos síntomas en términos puramente físicos o psíquicos. La tradicional clasificación de los diagnósticos en orgánicos o psicológicos y el uso de términos tales como funcional, inexplicable o psicósomático para describir los síntomas físicos son de limitada utilidad. Para muchas personas que experimentan estos síntomas estos términos generan frustración y angustia, y ayudan poco al tratamiento.

Los síntomas físicos son muy frecuentes en la población general. En el Epidemiologic Catchment Area Program **(79)**, la prevalencia de dolor torácico fue del 25%, dolor abdominal 24%, mareo 23%, cefalea 25%, dolor de espalda 32% y fatiga 25%. La preocupación por los síntomas físicos es la principal razón de los pacientes para visitar a los médicos de atención primaria **(80) (81) (82)**. Sin embargo no todos los individuos que presentan síntomas físicos consultan con un profesional de la salud. Los síntomas físicos que se presentan en clínica representan sólo la punta del iceberg, ya que menos de un cuarto de los pacientes

sintomáticos en la comunidad consultan por sus síntomas. Además de la gravedad y la duración de un síntoma, preocupaciones específicas y expectativas, así como factores psicológicos, son importantes motivos de los pacientes para buscar atención médica por sus síntomas somáticos **(77)**. La mayoría de las personas con síntomas físicos no buscan atención médica, la mayor parte de estos síntomas son ignorados, son auto-limitados, o son auto-gestionados. Y los que presentan síntomas físicos y consultan con un profesional de la salud tienen más probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad o de depresión comparados con aquellos que no buscan atención médica **(83) (84) (85)**.

A pesar de los avances médicos, hasta un tercio de los síntomas somáticos permanecen inexplicados, incluso después de una evaluación extensa **(86)**. En otros trabajos encontramos unas cifras muy dispares que oscilan entre el 20 y el 84% de los síntomas físicos para los que no se puede encontrar una causa orgánica en las consultas de medicina general **(87) (88)**. Estudios en Reino Unido de Mumford y cols. **(89)** identificaron que el principal motivo de consulta era un síntoma físico sin probable enfermedad orgánica en el 15% de las consultas, y esto mismo lo podemos encontrar en el estudio de Peveler y cols. **(90)** que citan el 19% de las consultas. Kroenke y cols. también han estudiado los síntomas físicos en atención primaria y mostraron que 14 síntomas son responsables de aproximadamente el 40% de todas las visitas y tan sólo encontraron un diagnóstico orgánico que explicara el síntoma en el 10 al 15% de las ocasiones, y concluyen que esta situación además supone un costo muy importante, sobre todo para algunos síntomas como el dolor de cabeza o el dolor de espalda **(91)**.

### SÍNTOMAS FÍSICOS SIN EXPLICACIÓN MÉDICA

Los síntomas físicos para los que no se encuentra una explicación orgánica son muy frecuentes, son poco reconocidos, no responden bien a los tratamientos estándar y de uso excesivo y conducen a la insatisfacción con la atención tanto por parte del paciente como por parte del profesional, y además tienden a ser asociados con un aumento de visitas médicas, pruebas médicas innecesarias y con la realización de procedimientos y tratamientos que pueden terminar en complicaciones iatrogénicas **(76) (92) (93)**. Escobar y cols. **(94)** dicen de este tipo de síntomas que representan el modo más típico de presentación de los trastornos psíquicos comunes en atención primaria; han encontrado que alrededor de una quinta parte de los pacientes de atención primaria tienen altos niveles de síntomas físicos no explicados y que dos tercios de ellos cumplen criterios de un trastorno psíquico común.

Los pacientes que presentan síntomas sin explicación médica, lo hacen en un espectro que va desde un solo síntoma inexplicable de corta duración a los síndromes funcionales crónicos (como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica), el trastorno somatomorfo indiferenciado o incluso el trastorno de somatización. Van Boven y cols. **(95)** encuentran que estos cuadros de síntomas somatomorfos tienen una relación estadísticamente significativa con la ansiedad y la depresión. Muchos pacientes se presentan en las consultas de atención primaria con uno o unos pocos síntomas somáticos sin explicación orgánica y no cumplen criterios cognitivos y afectivos de un trastorno depresivo o de ansiedad. Siempre hay que tener

en cuenta que estos pacientes tienen un alto riesgo de morbilidad psíquica, independientemente del tipo de síntomas, y que desarrollan un trastorno depresivo o de ansiedad a medio plazo **(96) (97)**.

El concepto de síntomas médicamente no explicados no debe ser sinónimo de médicamente ignorado ni psiquiátricamente explicado **(81)**, de manera que ante un síntoma físico lo primero que tendremos que descartar es un trastorno físico como causa principal, o contribuyente del (los) síntoma (s) físico (s). Ahora bien, el alcance de dicha evaluación dependerá de cada caso individual.

En muchas ocasiones se piensa que los síntomas en ausencia de patología orgánica que los explique son menos penosos o invalidantes que los síntomas en presencia de explicación patológica. De hecho, lo opuesto es a menudo lo más habitual: los síntomas físicos sin explicación médica están asociados con la angustia y la discapacidad y son al menos tan graves como los síntomas físicos con explicación médica. Los médicos deberían ser conscientes de que un examen “innecesario” puede reforzar una enfermedad que preocupa al paciente y, en consecuencia, empeorar los síntomas físicos, la angustia y la discapacidad. Por lo tanto, hay una tensión entre el diagnóstico de síntomas físicos por exclusión frente al diagnóstico positivo **(98)**. En todo caso, estos síntomas exigen una parte desproporcionadamente grande del tiempo del médico y son a menudo considerados como difíciles de gestionar.

Kroenke **(77)** tiene en cuenta tres consideraciones en relación con los síntomas físicos no explicados: en primer lugar, los síntomas que siguen sin explicación después de una evaluación inicial conllevan un mayor riesgo de comorbilidad psíquica, independientemente del tipo de síntoma. Hasta dos tercios de los pacientes con síntomas sin explicación médica tienen un trastorno depresivo y entre el 40 y el 50% tienen un trastorno de ansiedad; en segundo lugar, el número total de síntomas somáticos está fuertemente asociado con comorbilidad psíquica, reflejando una fuerte relación entre los síntomas físicos y psicopatología y la probabilidad de una depresión o de un trastorno de ansiedad concomitante (y en este caso hay que tener en cuenta que el riesgo de comorbilidad psíquica aumenta tanto con un incremento del total de síntomas somáticos, tengan o no explicación médica, aunque el umbral en este último caso es mayor); y en tercer lugar, la prevalencia de los síntomas somáticos aumenta con la gravedad de los trastornos psicológicos. El recuento total de síntomas (con explicación y sin explicación médica) son predictores de trastornos somatomorfos y se correlacionan fuertemente con trastornos psicológicos, deterioro funcional y asistencia sanitaria **(99)**

El concepto de “explicación” de los síntomas somáticos por una condición médica es problemática **(100)**. En primer lugar, los pacientes con diagnósticos somatomorfos suelen tener trastornos médicos concomitantes y determinar qué síntomas son “desproporcionados en relación con” o “no explicado completamente por” estas condiciones puede ser difícil. De hecho, estudios recientes han mostrado que síntomas somáticos de enfermedad médica específica (por ejemplo angina de pecho en pacientes con enfermedad coronaria, disnea en pacientes con asma, dolor en las articulaciones en pacientes con artritis) a menudo se explican

tanto por factores psicológicos como por parámetros objetivos de la gravedad de la enfermedad médica. En segundo lugar, se considera que todos los síntomas psíquicos tienen un desarrollo biopsicosocial. En tercer lugar, el recuento de los síntomas totales (incluidos los síntomas explicados y los síntomas no explicados) pueden ser tan buen marcador para los resultados como los síntomas no explicados solamente y puede evitar las dificultades metodológicas al intentar esclarecer la causa de algunos síntomas **(100)**.

Existe una relación continua entre el aumento del número de síntomas somáticos y el deterioro funcional, comorbilidad psíquica, uso de los recursos sanitarios y otras medidas de validez de constructo. No parece haber un claro umbral del número de síntomas que justifique un punto de corte específico, sin embargo, para otros trastornos psiquiátricos continuos sí se han establecido puntos de corte operacionales (por ejemplo para la depresión o para la ansiedad) y para otros trastornos médicos (por ejemplo la hipertensión, la diabetes o la hiperlipemia). Contrariamente a este enfoque se ha argumentado que una “cuenta” de síntomas es una forma extraña de hacer un diagnóstico y cualquier elección de un umbral sería arbitraria. De esta forma Kroenke y cols. **(100)** consideran necesario contar con criterios “positivos” psicológico/conductuales, además de los síntomas sin explicación médica para hacer un diagnóstico somatomorfo. Escobar y Gara **(101)** han estudiado algoritmos para determinar si los síntomas físicos sin explicación se deben con mayor probabilidad a un origen psicológico: un síntoma físico puede considerarse de origen psicológico si se encuentran al menos uno de los siguientes criterios (a más criterios más alta será la probabilidad): los síntomas coexisten con síntomas de un trastorno psiquiátrico mayor, como trastorno depresivo mayor o trastorno de pánico, síntomas que sigue a eventos traumáticos, síntomas que conducen a “gratificación” psicológica (ganancia secundaria), síntomas que son una manifestación de la personalidad del individuo (por ejemplo neuroticismo), y síntomas que se hacen persistentes, se entremezclan con una amalgama de otros síntomas, comportamientos y emociones, incluyendo uso excesivo de los servicios médicos, insatisfacción general con la atención médica y sus proveedores, disminución de la actividad y productividad en el trabajo.

## SÍNTOMAS FÍSICOS / SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

A pesar de la magnitud y la importancia del problema que suponen estos síntomas físicos tanto en atención primaria como en atención especializada y que no pueden ser explicados por una enfermedad somática, la medicina no ha sido capaz de encontrar una solución para nombrar, conceptualizar y clasificar estos hechos clínicos. Conceptualmente, estas enfermedades se encuentran en una esfera ambigua de pensamiento médico en algún lugar entre la medicina y la psiquiatría **(102)**, pero el problema no es el pequeño número de pacientes que acuden a los psiquiatras con quejas somáticas, sino el mayor número de los que son vistos por todo tipo de especialistas por diferentes síntomas. El número, la gravedad y el impacto funcional de síntomas probablemente representa un continuo desde una pequeña proporción de pacientes que presentan criterios DSM-IV para el trastorno de somatización a muchos pacientes con síntomas persistentes que no tienen el trastorno de somatización pero sin embargo tienen un problema clínico considerable.

Los pacientes se presentan en la consulta de atención primaria refiriendo síntomas principalmente físicos; la presentación de síntomas físicos puede ser utilizada por los pacientes como un “billete de entrada” en el sistema para validar el “papel de enfermo” o como un rechazo a admitir problemas de salud mental. ¿Es un paciente con un síntoma físico que no tiene otra manera de expresar su angustia psicológica, o lo hace conforme a las normas de su cultura y su sistema de atención de salud? **(103)**. Los problemas somáticos son culturalmente considerados fuera del ámbito de la causalidad personal, mientras que la depresión tiene una connotación de debilidad moral y culpabilidad **(18)**, o dicho de otra forma, los trastornos físicos son vistos como “reales” y los pacientes son vistos como víctimas, mientras que los trastornos psiquiátricos son vistos como “no reales” y los pacientes con estos trastornos vistos como parcialmente responsables de sus problemas **(104)**. Además, tanto pacientes como médicos pueden “medicalizar” las quejas **(105)**, de manera que ambos pueden sentirse más cómodos en el dominio somático y centrarse en sus achaques y dolores somáticos, ignorando los problemas emocionales, lo cual puede reforzarse por la familia, el entorno y las creencias culturales **(54) (106)**. De esta manera, con demasiada frecuencia el paciente con quejas físicas se trata sintomáticamente, mientras que el trastorno de base no se trata, y el principal problema radica en la incapacidad de los médicos para conceptualizar que la depresión existe sin que el paciente perciba o admita un estado afectivo anormal e informe de ello al médico. Un paciente que no ha desarrollado un lenguaje para etiquetar y verbalizar sus emociones o que utiliza defensas o estilos de afrontamiento que minimizan los estados afectivos, o simplemente que piensan que su problema es físico, no será diagnosticado de depresión por muchos médicos **(18)**.

En 1970 Goldberb y Blackwell denominaron morbilidad psiquiátrica oculta a estos pacientes que se presentan con síntomas somáticos y normalmente reciben tratamiento sintomático **(107)**, mostrando que pacientes considerados enfermos mentales por sus médicos no se presentan con quejas mentales, sino una abrumadora mayoría con quejas somáticas. Han señalado así mismo que en el trastorno depresivo por sí solo, más de la mitad de los pacientes que se presentan al médico de atención primaria tenían síntomas somáticos como parte importante de su trastorno depresivo. Con estos conceptos Bridges y Goldberg **(60)** propusieron el concepto “depresión somatizada”, que implica una presentación clínica exclusivamente somática en pacientes en los que un trastorno psiquiátrico puede ser diagnosticado. Esta forma de somatización no es un diagnóstico específico, sino una descripción de un modelo de comportamiento de la enfermedad, que es característico de la atención primaria de salud. Dada la naturaleza eminentemente médica de este nivel de atención y su accesibilidad, los pacientes pueden buscar la atención de síntomas somáticos, que a menudo son inespecíficos, sin revelar explícitamente su malestar psicológico **(29)**.

También hace más de treinta años, Widmer y Cadoret **(73)** observaron en los registros de 154 médicos de familia que los pacientes que eran diagnosticados de depresión presentaban en los tres meses anteriores al diagnóstico un aumento del número del número de visitas, mayor incidencia de hospitalización y mayor número de quejas de tres tipos, “quejas funcionales”, dolor de etiología indeterminada y quejas de tensión y ansiedad, en comparación con los pacientes que no eran diagnosticados de depresión.

Aunque parecería lógico pensar que los síntomas psicológicos son síntomas más centrales e importantes en los trastornos depresivos y de ansiedad que los síntomas somáticos, los resultados sugieren lo contrario y los síntomas somáticos son un componente esencial del síndrome depresivo. Son muchos los estudios en este sentido. Por ejemplo Kirmayer y cols. **(62)** en un estudio de atención primaria concluyen que los pacientes que presentan un trastorno depresivo o de ansiedad se presentan con síntomas somáticos con una mayoría abrumadora (73%) y los síntomas somáticos eran identificados como motivo de consulta de la visita inicial al médico de familia. Según el estudio DEPRES II **(108)** dos de los tres síntomas más comunmente informados durante un episodio depresivo son somáticos (cansancio / baja energía / apatía, 73%; trastornos del sueño, 63%). Barkow y cols. **(109)** encuentran que sentimientos de cansancio, sensación de agotamiento después de un mínimo esfuerzo, debilidad corporal, pesadez de una parte del cuerpo y dolor de espalda se relacionan significativamente con la presencia de depresión y que además los síntomas de ansiedad se asocian también a la depresión, lo que complica aún más el cuadro clínico.

A pesar de todos estos datos no debe pensarse que un foco exclusivamente “psicológico” sea óptimo aunque los síntomas somáticos tengan altas tasas de comorbilidad psíquica. En primer lugar, al menos un tercio de pacientes no tienen depresión, ansiedad y otras condiciones psicológicas; en segundo lugar, las explicaciones psicológicas exclusivas no son aceptables para muchos pacientes con síntomas somáticos, y por último, la direccionalidad de la relación entre síntomas físicos y condiciones mentales es a menudo indeterminada: por ejemplo, el dolor crónico ¿es la causa o la consecuencia de una depresión, es un fenómeno concomitante o las dos condiciones son el resultado de un sendero común? **(81)**.

Por otra parte, no todos los trabajos coinciden en las cifras. Por ejemplo Aragonès y cols. **(29)** en un estudio sobre depresión en atención primaria, con una prevalencia de depresión de 16,8% describen una presentación somatizada de la depresión del 37% y una presentación con síntomas psicológicos principalmente en el 49% de las ocasiones. Y los mismos autores **(49)** en otro trabajo con una prevalencia de depresión mayor del 14,3% la presentación con síntomas psicológicos la dan en el 45% de las ocasiones y la presentación con síntomas somáticos principalmente en el 35%. En este último estudio la proporción de pacientes con depresión que eran detectados por su médico fue del 60% en el caso de la depresión con presentación preferentemente somática, de los que recibían tratamiento con antidepresivos únicamente una cuarta parte, y llegaba al 88% de los casos en la depresión con presentación principalmente con síntomas psicológicos, de los que recibían tratamiento antidepresivo aproximadamente la mitad.

Como resumen, la somatización es uno de los más importantes problemas asociados con la pérdida del diagnóstico de depresión, por ello la consulta debería ir de los síntomas somáticos a la salud emocional, siendo un núcleo de competencia profesional del médico de familia la detección de la depresión que se manifiesta con síntomas somáticos **(110)**.

Parece obvio que el reconocimiento y el tratamiento de una enfermedad depresiva o de ansiedad beneficiaría tanto a al paciente como a los servicios de salud. No detectar una enfermedad psíquica impide el beneficio de una intervención terapéutica eficaz, aumenta la posibilidad de efectos iatrogénicos de los tratamientos sintomáticos y de las exploraciones



innecesarias que solo sirven para reforzar los síntomas somáticos y preocupaciones hipocondriacas e incluso cronificarse (29). En este punto existen varias limitaciones. Por una parte muchos médicos no psiquiatras tienden a considerar la enfermedad psiquiátrica como un diagnóstico de exclusión o secundario. El interés y los conocimientos que el médico posee sobre la enfermedad mental, su actitud ante el paciente y sus habilidades de comunicación son factores que influyen también en la identificación correcta de la enfermedad mental. Por otra parte, no detectar una depresión que se presenta con síntomas somáticos puede ser una manera conveniente para resolver una consulta orientada hacia problemas somáticos. El médico evita una evaluación y manejo de problemas psicosociales que le obligan a dedicar tiempo (siempre limitado), son asuntos delicados y el médico puede sentirse insuficientemente experimentado. Además los pacientes pueden evitar enfrentarse a su problema psicológico y eludir los sentimientos de responsabilidad, culpa o vergüenza que estos problemas implican (49).

### SOMÁTICO / SOMATIZACIÓN

Los términos somático, somatización, y otros términos relacionados han sido utilizados en muchas ocasiones creando confusión. El texto DSM-IV-TR-AP (24) dice que “los síntomas somáticos múltiples que no se explican por una enfermedad médica sugieren la posibilidad de un trastorno de somatización o, con más frecuencia un trastorno somatomorfo indiferenciado”, pero los síntomas físicos pueden acompañar a otros trastornos, como los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Burton (111) diferencia entre la expresión de una enfermedad psicológica a través de síntomas físicos (como en el término “depresión somatizada” que vimos anteriormente) y la repetición de búsqueda de ayuda médica para múltiples síntomas médicos sin lesión orgánica del “trastorno de somatización”, conceptos que se superponen pero que no son sinónimos. Y Bridges y Goldberg (53) diferencian entre “somatización parcial” cuando el paciente reconoce la posibilidad de que la angustia psicológica pueda estar causando los síntomas cuando se le pregunta directamente y “verdadera somatización” cuando el paciente no reconoce ninguna relación psicológica cuando se le pregunta a pesar de reunir los criterios diagnósticos. En pacientes de atención primaria, Kirmayer y Robbins (112) describen tres formas de somatización: la amplificación de síntomas (hipocondriasis), equivalentes somáticos de ansiedad y depresión y niveles elevados de síntomas físicos no explicados y definidos con el umbral de la versión abreviada de somatización. Otras definiciones se han utilizado por diferentes autores, como “síntomas médicamente no explicados”: síntomas físicos para los que no se puede demostrar una patología orgánica clara o coherente, a pesar de que la disfunción orgánica puede ser una parte integral de los síntomas; “somatización “como el proceso por el cual los pacientes con trastornos psicológicos (medido por entrevista psiquiátrica diagnóstica o cuestionario) se presenta con síntomas físicos a sus médicos.

Otro proceso categorizado es el “trastorno de somatización”: presentación de un número determinado de síntomas físicos sin causa orgánica en ausencia de otro diagnóstico psiquiátrico mayor. El trastorno de somatización originalmente denominado histeria y posteriormente rebautizado como síndrome de Briquet, es un síndrome crónico, incapacitante

que se presenta con una fachada de síntomas físicos asociados a psicopatología significativa e incapacidad funcional. Es un trastorno raro en la población general y algo más frecuente en atención primaria **(113)**. Menos del 0,5% de los pacientes cumplen criterios DSM para el trastorno de somatización que incluyen al menos 8 de 40 síntomas en al menos 4 sistemas corporales, sin enfermedad orgánica, con la edad de inicio antes de los 30 años. En 1987 Escobar propone tomar los síndromes somáticos funcionales como un constructo dimensional que va desde pocos síntomas no explicados a muchos, con el propio trastorno de somatización colocado en el extremo de este espectro de frecuencia/gravedad. De esta forma construye la versión abreviada de somatización para identificar los casos, demostrando que la reducción del umbral para somatización a 4 síntomas para los hombres y 6 para las mujeres aumenta la prevalencia de casos de somatización en relación con el diagnóstico completo de trastorno de somatización pero prediciendo todos los resultados (utilización de recursos, discapacidad, psicopatología) **(114) (115)**. Con este constructo se pasaría de una prevalencia de trastorno de somatización del 0,5% a una prevalencia de entre el 16 y el 22% **(94) (97)**. Y en estos dos estudios citados tan solo el 20% de los pacientes con un único síntoma no explicado presenta un trastorno psicológico actual, proporción que se eleva a más del 30% con 4 síntomas y a más del 80% con 10 o más. Estos estudios demuestran que si bien los síntomas físicos sin explicación médica son comunes y a menudo se asocian con comorbilidad psiquiátrica, muchos pacientes con estos síntomas no tienen enfermedad psicológica definida.

Desde su creación, el constructo “somatización abreviada”, que también se ha llamado índice de síntomas somáticos ha sido una herramienta útil para hacer investigación sobre somatización en población clínica y comunitaria **(116)**, muestra razonablemente buena estabilidad, replicabilidad y validez de constructo, su prevalencia está en el rango del 20% en atención primaria de todo el mundo y es persistente en el 50% aproximadamente de los sujetos **(117)**.

Los constructos “trastorno de somatización” y “trastorno somatomorfo” son herramientas útiles y familiares para el psiquiatra, sin embargo son menos utilizados en atención primaria y en otras especialidades médicas, donde los síntomas somáticos, dolores y molestias generales son a menudo clasificados como “quejas físicas médicamente inexplicables”. La falta de formación o de experiencia no es una justificación para la discrepancia en el lenguaje entre estos dos niveles de atención. Una diferencia importante en el diagnóstico que hace el médico de familia y el médico de cualquier especialidad radica en las características de atención continuada y permanente, siendo el médico de atención primaria con frecuencia más consciente de los antecedentes y de la historia de los pacientes.

Las etiquetas categóricas utilizadas por los psiquiatras pueden no ajustarse bien a las necesidades de los médicos de familia **(61) (118)**. En un intento de paliar esta situación, Escobar ha propuesto un modelo dimensional para los síntomas somáticos y los trastornos psiquiátricos. Según este modelo, la somatización (o los síntomas somáticos no explicados médicamente) se considera como parte de un continuo de niveles elevados de síntomas no explicados con el trastorno de somatización situado en el extremo del espectro de gravedad, mientras que los síndromes somáticos que acompañan a los síndromes de depresión / ansiedad pueden ser colocados en el extremo menos grave **(76)**. Otros autores son más

radicales y proponen la supresión de la categoría de los trastornos somatomorfos de las actuales nomenclaturas y aconsejan situar la somatización en un eje secundario **(119) (120)**.

### SÍNTOMAS FÍSICOS ESPECÍFICOS

La participación de cada uno de los síntomas físicos en la detección de la depresión y de la ansiedad en atención primaria ha sido estudiada pocas veces. Gerber y cols. **(121)** investigaron la relación entre síntomas somáticos específicos y depresión subyacente. Algunos síntomas somáticos mostraron un alto valor predictivo positivo para depresión: trastornos del sueño (VPP= 61%), fatiga (VPP= 60%), tres o más quejas (VPP= 56%), quejas musculoesqueléticas no específicas (VPP= 43%), dolor de espalda (VPP= 39%), amplificación de quejas (VPP= 39%), o quejas declaradas de forma vaga (VPP= 37%). No obstante, el tipo específico de síntoma no parece particularmente importante en términos de predicción de depresión o ansiedad, al contrario de lo que ocurre con el número de síntomas **(78)**, como se verá más adelante.

En un estudio realizado en población clínica de salud mental en España con pacientes diagnosticados de depresión y de ansiedad, Ros Montalban y cols. presentan la distribución de síntomas físicos en los pacientes con este diagnóstico **(122)**. Los síntomas somáticos que se presentan con más frecuencia son el cansancio y los problemas de sueño (más del 80%), el síntoma doloroso más representado es el dolor de cabeza (74%), dolor de estómago, espalda, brazos, piernas y articulaciones por encima del 50% y el dolor menos frecuente es el dolor torácico (46%). También son muy frecuentes las palpitaciones (67%) y los mareos (50%). Los síntomas gastrointestinales se presentan entre el 44 y 54%, y los síntomas menos frecuentes son los dolores o problemas con las relaciones sexuales (31%) y finalmente los episodios de desmayo que se presentan únicamente en el 13% de los pacientes. El mismo autor hace lo mismo en mujeres de mediana edad atendidas en atención primaria **(123)**, dando cifras similares, excepto en algunos síntomas dolorosos, mayor frecuencia de dolor de espalda y de piernas, brazos y articulaciones y menos frecuencia de dolor torácico, dolor de estómago y palpitaciones.

Los síntomas originados en el aparato digestivo son muy frecuentes en la consulta del médico general. La mayor parte de las veces terminan en un tratamiento sintomático, casi siempre prolongado e ineficaz. Un síntoma muy frecuente es la dispepsia y que encaja bien en la descripción que acabamos de hacer. Mujakovic y cols. **(124)** han estudiado pacientes con un episodio nuevo de dispepsia y lo correlaciona positivamente con la depresión y negativamente con la edad. Mussell y cols. **(125)** encontraron que la prevalencia de depresión fue casi 5 veces y la de ansiedad casi 4 veces superior en los pacientes con síntomas gastrointestinales en comparación con pacientes que no presentaban tales síntomas. Y que en comparación con los pacientes que no presentaban síntomas gastrointestinales, la Odds Ratio para trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes con un síntoma fue de 3,7, con dos síntomas de 6,5 y con tres síntomas gastrointestinales fue de 7,2.

De los síntomas físicos relacionados con la depresión y la ansiedad el más documentado sin lugar a dudas es el dolor. Las quejas de dolor parecen ser una característica común de la somatización de la depresión. Sin embargo la mayoría de pacientes con dolor niegan abiertamente el componente afectivo de la depresión, a pesar de tener otros síntomas psicopatológicos añadidos, como insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de libido, disminución de energía y anhedonia o minimizan el estado de ánimo deprimido, que sólo atribuyen secundario a su dolor físico. La depresión es común en pacientes con dolor crónico, y el dolor es una queja frecuente en pacientes con depresión y su presencia se asocia con una peor calidad de vida **(126) (127)**. Arnow y cols. **(128)** encuentran pruebas de una asociación no aleatoria entre la depresión y el dolor crónico. Aproximadamente dos tercios de los que presentaban criterios para trastorno depresivo mayor informaron también de dolor crónico y, entre las personas con dolor crónico, la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue significativamente más alta que la observada entre la personas sin dolor crónico. Entre los participantes con trastorno depresivo, el 41% informó de dolor crónico incapacitante y el 25% de dolor crónico no incapacitante. Entre los que no cumplen criterios de trastorno depresivo, el 10% informó de que tenía dolor crónico incapacitante y el 33% informó de dolor crónico no incapacitante. Además el dolor era más probable que produjera incapacidad cuando está presente el trastorno depresivo. La prevalencia de pánico entre las personas con depresión más dolor crónico incapacitante fue casi dos veces más alta que en los otros grupos y no hubo diferencias en otros trastornos de ansiedad en el grupo de depresión más dolor. Bair y cols. **(129)** en una revisión de la literatura dan una tasa de prevalencia promedio de síntomas dolorosos en pacientes con trastorno depresivo mayor de un 65% y Lindsay **(130)** había descrito anteriormente que el 87% de los pacientes de un centro de dolor presentaban criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor. Comparó este grupo de pacientes con otro grupo diagnosticado de trastorno depresivo mayor en otro centro y determinó que el 59% de los pacientes depresivos también tenían quejas significativas de dolor crónico. La cabeza (60%), el abdomen (29%), la espalda (38%) y el pecho (20%) eran los lugares más frecuentes de dolor crónico.

Estudios realizados sobre dolor en pacientes con depresión dan cifras superiores al 50% los pacientes con depresión que sufren algún tipo de dolor **(131)**, tasa cuatro veces superior a la de las personas no deprimidas y además, la presencia de dolor puede estar asociado con una pobre respuesta al tratamiento para la depresión **(132)**. De igual forma, Bair y cols. **(129)** en un metanálisis describieron que alrededor de dos tercios de todos los pacientes con depresión tratados en centros de atención primaria o atención especializada, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados, refieren síntomas dolorosos. A la inversa, la tasa de prevalencia de depresión mayor en pacientes con dolor es de alrededor del 50%.

Los estudios sobre la comorbilidad entre el dolor y los trastornos depresivos se han dirigido en la mayoría de las ocasiones a la depresión mayor, y pocos se han dirigido a la depresión menor y a la distimia. Agüera y cols. **(133)** encuentran una prevalencia de trastornos del estado de ánimo detectados por el PRIME-MD en pacientes con dolor del 80,4%, de los que el 56,2% presentaban depresión mayor, el 17,8% depresión menor y el 16,9% distimia.

Menos estudios se han realizado en el campo de la ansiedad. En un reciente estudio de Romera y cols. **(44)** evaluaron la prevalencia de síntomas físicos dolorosos en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada: los síntomas somáticos dolorosos eran dos veces más prevalentes en pacientes con trastornos de ansiedad que en el grupo control, y se asociaron significativamente con el funcionamiento y el estado de deterioro de la salud, tanto en el trastorno de ansiedad generalizado aislado como comórbido con trastorno depresivo, en comparación con los controles.

El dolor de espalda es un síntoma muy frecuente en atención primaria y también lo es en pacientes con trastornos depresivos. Así Martinovic y cols. **(134)** han tratado a un grupo de pacientes con depresión y dolor de espalda en los que no se encontró causa orgánica. El tratamiento consistió en la utilización de terapia antidepresiva, sin otros tratamientos analgésicos, sedantes ni rehabilitación física. El resultado fue de remisión en el 76% de los pacientes, de los que el 87% había desaparecido completamente el dolor de espalda. En una encuesta realizada por Breivik y cols. **(135)** en 15 países europeos, el 21% de los pacientes con dolor estaban diagnosticados de depresión y el dolor más frecuentemente informado era la lumbalgia.

Otro síntoma doloroso muy frecuente en atención primaria es la **cefalea**. El episodio depresivo mayor es muy frecuente entre los pacientes con dolor de cabeza que consultan en atención primaria. Así, Maeno y cols. **(136)** publican en 2007 un trabajo en el que encuentran que entre los pacientes que acuden a centros de atención primaria por dolor de cabeza, el 25% reunían criterios de episodio depresivo mayor y citan dos cuestiones importantes, que aquellos que presentaban una duración de 6 meses o más y aquellos que presentaban otros síntomas somáticos eran más propensos a presentar el trastorno depresivo. Nimnuan y cols. cifran en 29,2 % los pacientes con dolor de cabeza que presentan depresión, 9,7 % los que presentan un trastorno de ansiedad y 27,4 % se diagnostican de trastorno de somatización **(137)**.

Fráguas y cols. **(138)** estudian el dolor torácico no cardíaco y encuentran una prevalencia de depresión mayor del 30% en estos pacientes y de trastornos de pánico del 6%.

## NÚMERO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Se ha expuesto anteriormente que el tipo específico de síntoma no parece particularmente importante en términos de predicción de depresión o ansiedad **(78)**, pero sí parece importante el número de síntomas; así, cuanto mayor sea el número de síntomas somáticos, mayor será la probabilidad de que una persona tenga depresión **(61) (64) (139)**. Se han realizado estudios en atención primaria que muestran que a mayor número de síntomas físicos sin explicación médica existe una mayor probabilidad de tener un diagnóstico DSM-IV de ansiedad o depresión. Así mismo, los pacientes que más frecuentan la consulta del médico de familia tienen una relación lineal significativa entre el número de síntomas físicos que el paciente ha experimentado durante su vida y los trastornos de ansiedad y depresión actuales y el grado actual de deterioro funcional **(113) (140) (141)**. El número de síntomas físicos predice

fuertemente trastornos psiquiátricos y deterioro funcional. En estudios de Kroenke y cols. podemos encontrar que la prevalencia de trastornos del humor en pacientes con 0 a 1, 2 a 3, 4 a 5, 6 a 8 y 9 o más fue del 2%, 12%, 23%, 44% y 60% y la prevalencia de trastorno de ansiedad fue de 1%, 7%, 13%, 30% y 48% **(139) (140)**. Katon y cols. **(142)** estudiando a los pacientes hiperfrecuentadores describieron que el 80% cumplía criterios de un trastorno psiquiátrico pasado o actual, y el número medio de síntomas físicos era de ocho. En este mismo sentido, García Campayo y cols. **(143)** concluyen que el 57% de los pacientes con trastorno depresivo mayor en atención primaria tienen 4 o más síntomas somáticos no explicados totalmente por un origen orgánico y que los síntomas somáticos se asocian con una mayor gravedad de la depresión, la utilización de los recursos de salud y la disminución de la calidad de vida.

Entre los pacientes que presentan un número elevado de síntomas somáticos, sólo se pueden explicar una proporción de ellos por la comorbilidad con los trastornos médicos; es decir, lo que se considera síntomas físicos “específicos de la enfermedad” son casi tan frecuentes en los pacientes como en aquellos sin la enfermedad **(144)** y la depresión y la ansiedad explican tanto o más la diferencia de síntomas específicos de la enfermedad que la enfermedad misma **(145)**. Por este motivo un panel de expertos llegó a la conclusión de que el criterio médicamente no explicado debería reconsiderarse **(100)**.

Como mostraron Katon y cols. **(146)** la mayoría de los síntomas físicos en atención primaria no se asocian con un proceso orgánico y es la presencia de malestar psicológico lo que aumenta la utilización de los cuidados de salud y la discapacidad; según estos autores hay una asociación entre el número de síntomas físicos, el riesgo de distrés psicológico y la enfermedad mental y es la fuerza de esta relación la que mueve al paciente a la atención médica.

## SITUACIONES ESPECIALES

Se ha visto que las presentaciones somáticas de los trastornos mentales son un fenómeno común en la atención primaria de salud, y que son muchos los factores que pueden contribuir a este fenómeno. Así, el **sexo femenino** ha sido asociado estrechamente con la somatización en muchos estudios **(147) (148)**, en particular en mujeres embarazadas **(149)**, y además esta mayor prevalencia de depresión somática se ha asociado a una alta frecuencia de trastornos de ansiedad **(10)**.

También se ha postulado que los síntomas físicos idiopáticos parecen ser más comunes entre personas de **estratos socioeconómicos más bajos**, los **países en desarrollo**, y determinados **grupos étnicos** como los latinos en EEUU **(76)**; sin embargo otros estudios dicen que cuando la somatización se define en términos de información de síntomas (ya sea la propia información de síntomas somáticos o la negación de síntomas psicológicos), no se han encontrado variaciones significativas en somatización entre los centros de estudio y no hay pruebas de una mayor somatización en las diferentes culturas y niveles de desarrollo económico **(64) (150) (151)**.

Hay estudios que relacionan la depresión somatizada con clases sociales inferiores y menor nivel de educación **(29) (152) (153)**, que concluyen que los pacientes que han recibido menos educación pueden ser menos capaces de elaborar e interpretar su malestar psicológico, incluso pueden tener un vocabulario más limitado para definir, y por lo tanto, se refieren más fácilmente sentimientos como síntomas somáticos. No obstante, García-Campayo y cols. **(154)** no encontraron ninguna asociación socio demográfica en los pacientes que somatizan en España. En otros estudios encontramos diferentes síntomas somáticos según las culturas, por ejemplo las molestias abdominales y el dolor de cabeza y cuello se dan con mayor frecuencia en los pacientes con depresión de Japón que de los Estados Unidos **(155)**, “nervios” y cefaleas en la cultura latina y mediterránea, debilidad, cansancio o “falta de equilibrio” en las culturas china y asiáticas y problemas en el “corazón” en las culturas del oriente medio **(20)**.

### COMORBILIDAD CON ENFERMEDADES MÉDICAS

Se ha visto que los síntomas físicos pueden presentarse en ausencia de una enfermedad orgánica demostrable, o que esta enfermedad no explique completamente los síntomas somáticos presentados, o que sean parte del espectro sintomático de una enfermedad psíquica. Pero los trastornos médicos y psicológicos a menudo ocurren simultáneamente y tanto el estado de ánimo como las quejas somáticas pueden mejorar con un tratamiento adecuado **(18)**. La existencia de una enfermedad física (por tanto de una explicación para los síntomas somáticos) reduce notablemente la capacidad de los médicos no psiquiatras para detectar trastornos mentales. Pacientes con enfermedades físicas concurrentes tienen aproximadamente 5 veces menos probabilidad de que la depresión mayor sea reconocida **(58)**.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presenta en un sujeto que tiene además una enfermedad médica. Los pacientes que sufren un proceso médico tienen frecuentemente una comorbilidad depresiva, que a menudo pasa desapercibida ya que el enfoque diagnóstico de los médicos de atención primaria está dirigida por un modelo dominante de enfermedades somáticas. De hecho, algunos síntomas somáticos tales como trastornos del sueño, dolores difusos, fatiga, cambios de apetito, etc., pueden caracterizar tanto el proceso fisiopatológico de una enfermedad médica como el de un trastorno depresivo y el diagnóstico diferencial puede ser difícil. Se ha llegado al consenso de que los criterios DSM-IV de depresión mayor no requieren modificación significativa en pacientes con comorbilidad médica, de manera que los síntomas depresivos deben atribuirse a un episodio depresivo excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica.

Para los médicos de atención primaria es importante conocer que hasta un 20-30% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (como la diabetes o la cardiopatía isquémica) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. La depresión mayor es un acompañante de la enfermedad médica crónica ya que el riesgo de depresión se incrementa cuando se presenta un trastorno somático. De los supervivientes de un ataque al corazón se estima que el 60% presentan ansiedad y depresión

durante la hospitalización aguda, el 20 al 30% presentan depresión un año después y entre el 15 y el 20% de las víctimas de un ataque cardíaco no vuelve a trabajar y los factores psicosociales desempeñan un papel importante **(18)**.

Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico menos favorable y a su vez el pronóstico del trastorno depresivo es peor, presentándose episodios más largos y respuesta más pobres al tratamiento si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes. Los trastornos mentales pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad médica del paciente, así, Frasure-Smith y cols. **(156)** encontraron que la presencia de depresión era un factor que predecía la mortalidad a los 6 meses de un infarto agudo de miocardio ya que el 17% de los pacientes que habían sufrido depresión habían fallecido, frente al 3% de los que no la habían padecido. Además, asociado al número de condiciones comórbidas, los pacientes con depresión comórbida tenían más días de discapacidad y menor puntuación en los cuestionarios de calidad de vida **(34)**.

Los principales puntos a destacar son que la depresión no solo causa quejas somáticas y una mayor utilización de la atención médica, sino que puede ser precipitada por una enfermedad médica; esta enfermedad médica que es más común en pacientes con enfermedad mental en general y, en particular la depresión, y esta depresión a menudo causa amplificación de la sintomatología de la enfermedad médica. Por lo tanto, los pacientes deprimidos deben ser examinados para enfermedad médica y los pacientes con enfermedad médica para enfermedad depresiva; el tratamiento de la enfermedad médica puede aliviar o disminuir la depresión y el tratamiento de la depresión a menudo disminuye los síntomas de enfermedad crónica médica y, ciertamente, disminuye la somatización **(18)**.

Además, la enfermedad psíquica puede causar el mantenimiento o amplificación de síntomas somáticos que hace al enfermo adoptar un “papel de enfermo”. Dirks acuñó el término “psychomaintenance” para etiquetar el proceso por el cual factores psicológicos conductuales mantienen y aumentan la percepción de gravedad e intratabilidad médica de una enfermedad ya establecida **(157)**.

Síntomas específicos de enfermedad se explican solo en parte por un trastorno médico. Una de las conclusiones más sorprendentes que emergen de investigaciones recientes es la frecuencia con la que los síntomas que se supone que son el resultado de un trastorno médico pueden ser el resultado, al menos en parte, de factores no específicos o psíquicos. Los síntomas específicos de una enfermedad son más comunes entre los pacientes diagnosticados con la enfermedad específica, pero también hay una prevalencia sustancial de estos síntomas en los pacientes sin la enfermedad: los síntomas específicos de una enfermedad médica a menudo son explicados tanto por factores psicológicos como por la gravedad de la enfermedad médica subyacente **(64) (144)**. Por ejemplo, pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y con comorbilidad DSM-IV de trastorno de ansiedad o depresión tienen significativamente más síntomas físicos gastrointestinales comparados con pacientes que tienen el mismo proceso físico sin enfermedad mental, a pesar de no tener diferencias objetivas en la severidad de la inflamación intestinal **(158)**. Y diabéticos que tienen comorbilidad de ansiedad / depresión se quejan significativamente más de 13 síntomas asociados con mal control de la diabetes comparados con diabéticos sin enfermedad mental, a



pesar de no tener diferencias en marcadores objetivos de control de la glucemia, por ejemplo la HbA1c **(159)**. En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síntomas somáticos como la fatiga, la anorexia o la pérdida de peso pueden simultáneamente ser atribuidas tanto a la enfermedad médica pulmonar como al diagnóstico psiquiátrico de depresión. Todo esto plantea importantes riesgos de confusión en el diagnóstico **(69)**.

## COMORBILIDAD CON TRASTORNOS MENTALES

Otro de los puntos importantes en atención primaria es la comorbilidad entre los trastornos depresivos, de ansiedad y la somatización. Esta comorbilidad ha sido puesta de manifiesto en estudios anteriores, tanto en muestras clínicas como en muestras comunitarias **(48)**. Los trastornos de ansiedad y depresivos suelen aparecer juntos y las evidencias sobre su interrelación son cada vez mayores **(160)**.

Löwe y cols. **(161)** dan varias explicaciones al solapamiento entre depresión, ansiedad y somatización. En primer lugar, la depresión, ansiedad y somatización son definidas por criterios de diagnóstico que se superponen parcialmente. En segundo lugar, un síndrome puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo de los otros síndromes. En tercer lugar, la depresión, ansiedad y somatización puede salir de una predisposición biológica y psicosocial común. Finalmente, estos autores proponen un gran síndrome de solapamiento que consistiría en un constructo más amplio con síntomas de depresión, ansiedad y somáticos, es decir, un trastorno único general y un código adicional que permitiera una clasificación en tres subtipos específicos de depresión, ansiedad y somatomorfo. Además estos problemas, sobre todo en atención primaria, no serían categóricos sino que tendrían un carácter dimensional **(53)**. En el estudio de Löwe y cols. **(161)**, los autores estudian el deterioro funcional de la depresión, ansiedad y somatización y concluyen que la contribución de los puntos comunes de los tres procesos supera a la contribución de sus partes independientes de su efecto de superposición.

Fabião y cols. **(162)** encuentran relación entre la depresión y somatización, mientras que la relación entre la ansiedad y somatización es más cuestionable, ya que desaparece después de ajustar por la depresión.

Rush y cols. **(46)** sobre 1376 pacientes encuentran un 38% sin comorbilidad, un 25% presentan una, un 16 % dos y un 20% tres o más patologías comórbidas. Y en un reciente estudio de Drozdowskyj y cols. **(163)** cifran la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en un 11%, encontrando un 68% de casos de depresión mayor en los casos de trastorno de ansiedad.

## ATRIBUCIÓN CAUSAL

Otro concepto abordado en este trabajo es la atribución causal de la enfermedad. La atribución es un proceso cognitivo a través del que sensaciones somáticas se interpretan en el contexto del cuerpo y su entorno físico y social. Utilizando el ejemplo de la fatiga, atribución

puede ser la normalización (“estoy cansado porque tengo exceso de trabajo y es inadecuado”), somáticos (“estoy cansado porque mis músculos se han debilitado por un virus”), o psicológico (“estoy cansado porque tengo depresión”). Si bien los médicos tienen modelos médicos de las enfermedades, los pacientes también y en líneas generales establecen modelos de salud y enfermedad. Incluyen el nombre de la enfermedad y sus síntomas, las consecuencias personales de la misma, cuánto va a durar y la medida en que se puede controlar o curar. Los pacientes parecen tener creencias sobre la salud, acerca de síntomas individuales, así como establecimiento de las enfermedades **(111)**. Estudios de frecuentadores de atención primaria y pacientes con alta ansiedad por la salud sugieren que las atribuciones de normalización ocurren con menos frecuencia que en los controles.

## DISCAPACIDAD Y COSTES

Un tema de gran trascendencia cuando se trata de la enfermedad mental es la carga de la enfermedad. En un estudio realizado por la OMS en el año 2000 **(164)**, la depresión ocupó el cuarto puesto en carga de enfermedad mundial y fue la mayor carga de enfermedad no mortal, con casi el 12% del total de años vividos con discapacidad. La repercusión en términos de costes económicos y de salud de estas enfermedades es muy alta, originan importantes deterioros en el funcionamiento psíquico, afectan al equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social y son causa de sufrimiento para el propio enfermo y su familia; además, cada vez está más clara su influencia en patologías físicas, habiéndose demostrado que los pacientes depresivos tienen una morbi-mortalidad superior a la población general. Murray y cols. **(165)** dicen que el trastorno depresivo mayor es la causa principal de discapacidad entre mayores de 5 años, y el segundo en carga de enfermedad, sobrepasando a enfermedades cardiovasculares, demencia, cáncer de pulmón y diabetes. La depresión es la principal causa de discapacidad en Australia y está gestionada principalmente por atención primaria **(166)**. En el Reino Unido casi el 40% de incapacidad laboral se achaca a problemas de salud mental como causa principal y un 10% como factor secundario y 900.000 adultos reclaman prestaciones de enfermedad e invalidez por problemas mentales, de los que una gran proporción son debidos a la depresión **(9)**. En los Países Bajos han calculado que la duración media de las bajas por enfermedad fue de 78 días más para los empleados con niveles altos de síntomas somáticos **(167)**

El aumento de los costes sanitarios se ha convertido en un importante asunto público y político. Los médicos de atención primaria están en primera línea de este problema. El coste económico es muy elevado, tanto por los costes directos derivados de los servicios sociales y sanitarios como por los indirectos ocasionados por la pérdida de empleo, menor productividad laboral y repercusiones sociales en las familias o la muerte prematura. Este cálculo lo hicieron López-Bastida y cols. en la comunidad autónoma Canaria evaluando el impacto económico, en términos de costes directos e indirectos de las enfermedades mentales durante el año 2002 **(168)**. Los costes totales sobrepasaron los 189 millones de euros. Los costes directos sanitarios fueron más de 81 millones (el 43% de los costes totales) y los costes indirectos ascendieron a casi 108 millones (el 57% del total). En Inglaterra **(169)** han cifrado el coste de las bajas por enfermedad y la disminución de la calidad de vida asociada a los pacientes somatizadores en

más de £ 14 mil millones, llamando la atención sobre un grupo de pacientes que con frecuencia son mal diagnosticados o no reconocidos por los médicos que tienden a perseguir repetidamente posibilidades orgánicas a través de múltiples pruebas, procedimientos y operaciones

En otros estudios se han medido solo los costes directos, las consecuencias más relacionadas con la enfermedad y la asistencia sanitaria. Así De Waal y cols. **(170)** midieron el número de consultas en un año con su médico de atención primaria, y encontraron que en un año de seguimiento los pacientes con trastornos mentales tienen más consultas presenciales con sus médicos de familia que los pacientes que no tenían ningún trastorno mental, con una media de 7-10 consultas frente a 5. En este mismo aspecto Sicras Mainar y cols. en España **(171)** concluyen que los pacientes que presentaban problemas mentales presentaron un mayor número de problemas de salud (6,7 frente a 7,2) y de utilización de recursos sanitarios, particularmente visitas médicas / paciente/ año (10,7 frente a 7,2). El coste diferencial medio anual en este estudio fue de 72,7 euros superior en los pacientes que presentaban problemas mentales que en aquellos que no los presentaban.

Entre los trastornos mentales diagnosticados por el médico general, la depresión y la comorbilidad con trastornos de ansiedad y somatización son los que se asocian con un mayor grado de deterioro **(15)**. La depresión incrementa la percepción de problemas de salud, la utilización de servicios médicos y los costes sanitarios, la comorbilidad con otros trastornos mentales, la mortalidad por suicidio y otros motivos y la interrupción del desarrollo del proyecto académico y profesional **(23)**. Igualmente confiere un mayor riesgo de muerte por una amplia gama de razones, incluido un alto riesgo de suicidio. En este sentido Geerlings **(172)** encuentra un aumento de 1,75 veces la tasa de mortalidad por todas las causas, con un exceso de riesgo para el sexo masculino, que puede ser debido a una mayor incidencia de patología cardiovascular, el curso de la cual se ve fuertemente afectada por la depresión, así como un aumento del riesgo de suicidio entre los hombres.

Entre los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, los altos niveles de síntomas somáticos se asocian con una mayor utilización de la atención de salud **(146) (173)**. Por ejemplo, en un estudio realizado por Stecker y cols. **(174)** las mujeres con depresión fueron significativamente más propensas a recibir colonoscopias y pruebas de Papanicolaou que las mujeres con hipertensión. El 10% de los pacientes de atención primaria representan un tercio de las consultas en este ámbito, la mitad de días de hospitalización, la mitad de visitas a especialista y un cuarto de prescripciones; aproximadamente el 50% de estos frecuentadores tienen un significativo distrés psicológico, y tres cuartas partes de ellos padecen trastornos depresivos o de ansiedad, con una prevalencia de depresión mayor del 65%, ansiedad generalizada 40%, distimia 30% y trastorno de pánico 22% **(175)**. Gili y cols. **(176)** encuentran que la hiperfrecuentación en atención primaria está asociada a los trastornos depresivos y somatomorfos.

Menos estudios se han dedicado a los trastornos de ansiedad, que no tratados se asocian a una gran carga para el paciente y altos costes para el sistema sanitario **(41)**.

En cuanto a los síntomas somáticos de la depresión también se han realizado estudios que demuestran que estos síntomas se asocian a una mayor gravedad de la depresión **(177)** y a una mayor utilización de los recursos de salud **(178)**. Algunos autores han estudiado la evolución de la depresión y de los síntomas físicos, y concluyen que la mejoría de los síntomas físicos de la depresión se asoció a una mayor tasa de remisión **(179) (180)**. Otro factor importante a tener en cuenta es la influencia de los síntomas somáticos como síntomas residuales después del tratamiento psico-farmacológico de la depresión. La mayoría de pacientes tratados por depresión no llegan a una remisión total, y los síntomas somáticos dolorosos y no dolorosos son comunes en estados de remisión incompleta. Los síntomas residuales no tratados pueden ser considerados un factor de riesgo negativo con respecto a una recaída temprana o un curso más severo y crónico de la enfermedad **(181)**.

## MATERIAL Y METODO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de la población de atención primaria, extraída de una consulta de un centro de salud urbano (consulta de turno de mañana de la que es responsable el médico que ha efectuado el estudio), ubicado en el centro de Madrid (Barrio de Salamanca). El centro de salud Lagasca tiene asignada una población de 17.135 personas y en el que trabajan 10 médicos de familia (distribuidos en dos turnos, 5 en turno de mañana y 5 de tarde), 2 pediatras, 9 enfermeras (5 en turno de mañana y 4 de tarde), una matrona (un día en semana), una auxiliar de clínica y 7 auxiliares administrativos.

El estudio se ha realizado en condiciones de práctica clínica habitual. Se reclutaron todos los pacientes que acudían a consulta consecutivamente en un periodo de tiempo comprendido entre enero de 2008 y julio de 2009. Se decidió restringir el estudio por edad a las personas entre 18 y 69 años. Al paciente que acudía a consulta por cualquier motivo se le explicaba, en primer lugar, el trabajo que se estaba realizando, los objetivos del mismo y la metodología que se iba a emplear, asegurándosele en todo momento la confidencialidad de los datos registrados. Al paciente que daba su consentimiento verbal para la inclusión en el estudio se le entregaba un cuestionario con los datos demográficos básicos y el cuestionario del paciente del PRIME-MD®, que se describe más adelante. En una consulta posterior se pasaba la guía de evaluación para el médico del PRIME-MD® a aquellas personas que contestaban positivo a las preguntas de corte; se recogía la atribución de los síntomas somáticos en aquellos que referían tales síntomas, con lo que se trataba de indagar sobre lo que el paciente creía que era la causa de esos síntomas: una causa somática, una causa psicológica, una causa mixta o el paciente desconocía cuál era su origen. Finalmente, se recogía la frecuentación de los pacientes a la consulta del centro de salud (número de consultas realizadas en el último año). Este dato se extrae del programa informático de gestión de la consulta de atención primaria (OMI-AP). También se registraban los diagnósticos médicos crónicos y se calculaba el índice acumulativo de enfermedad.

La población asignada a una consulta de medicina varía continuamente, con pacientes que entran nuevos y pacientes que desaparecen, bien porque fallecen, cambian de médico o cambian de lugar de residencia. Al final del estudio la población asignada a la consulta en la que se hizo el estudio era de 1558 personas, con la distribución que figura en la Tabla 1.

Por tanto la población de la que se extrajo la muestra era de 1075 personas entre 18 y 69 años.

GRUPOS DE EDAD	N
0-17	48
18-29	146
30-39	275
40-49	199
50-59	206
60-69	249
>70	435

**Tabla 1. Distribución por grupos de edad de la población asignada**

La muestra se extrajo de la consulta diaria y los pacientes se reclutaron de forma sucesiva. Los pacientes solo entraban en el estudio en una ocasión, aunque consultaran posteriormente por otro motivo de salud, tanto si era relacionado o no con un problema psicológico o se hiciera un diagnóstico psiquiátrico. En atención primaria la comorbilidad es normal y los nuevos episodios se superponen sobre otros activos o en proceso de ser resueltos, o enfermedades crónicas, y es a menudo difícil de aplicar el concepto de nuevo episodio de enfermedad como la única o la principal razón de una visita **(182)**. No se consideró caso a las personas que acudían únicamente por un motivo administrativo.

Se entregaron 586 cuestionarios, de los que fueron válidos 527. No contestaron 46 y 13 fueron excluidos por presentar un trastorno bipolar (4), esquizofrenia (6), síndrome de Down (2) o demencia (1). Esto representa un 7,8 % las personas que rechazaron o no respondieron al cuestionario y tan solo un 2,2 % los excluidos. Se incluyó en el estudio a todo paciente nuevo que acudía al centro de salud de forma consecutiva por cualquier motivo y que aceptaba participar en el estudio después de ser informado verbalmente de los objetivos y procedimientos. Por motivos prácticos, dado que el estudio se ha realizado simultáneamente con el trabajo de consulta diario, durante los primeros meses se entregó el cuestionario únicamente la primera semana del mes, que se recogía y completaba durante las otras tres semanas. Una vez que se habían recogido los primeros cuestionarios y cuando el número de cuestionarios que se entregaban había disminuido, se pasó a entregar los cuestionarios durante todos los días; esto sucedió en el mes de Junio de 2008, aprovechando además el periodo estival en que el trabajo asistencial disminuye notablemente.

El estudio se ha realizado de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y enmiendas posteriores. Se obtuvo el consentimiento informado verbal de los pacientes previamente a su inclusión en el estudio, garantizándose la confidencialidad de los datos.

## DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

## ÁMBITO DE ESTUDIO

Atención primaria de salud.

## PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud. Trastorno depresivo mayor. Trastorno de ansiedad generalizada. Síntomas somáticos. Síntomas físicos.

## CUESTIONARIOS

### PRIME-MD

El cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) es un sistema diseñado con el patrocinio de la compañía farmacéutica Pfizer para facilitar el reconocimiento y diagnóstico rápido y certero de los trastornos mentales que se detectan más frecuentemente en adultos dentro del ámbito de la atención primaria. Se organiza en 5 áreas diagnósticas (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol), basándose en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición (DSM-IV), internacionalmente admitidos y utilizados, modificados para facilitar su uso en atención primaria **(11) (59) (183)**.

El cuestionario PRIME-MD fue desarrollado por el Dr. R L Spitzer, y la Dra. JBW Williams y un comité formado por médicos de atención primaria interesados en la psiquiatría. Una vez desarrollado el cuestionario se hizo un estudio en EEUU sobre 1.000 pacientes para evaluar el PRIME-MD en centros de AP **(11)**. En este estudio el cuestionario presentaba una sensibilidad del 83% y una especificidad del 88% comparado con el criterio clínico del psiquiatra.

El cuestionario PRIME- MD consta de dos componentes, un cuestionario para el paciente que actúa como instrumento de cribado y una guía de evaluación para el médico con la que establecen los diagnósticos a medida que se avanza en ella.

El Cuestionario del Paciente consta de 25 preguntas organizadas en cinco grandes áreas diagnósticas que abarcan los trastornos más frecuentes en atención primaria (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, trastornos somatomorfos y abuso o dependencia de alcohol). Este cuestionario lo rellena el enfermo antes de consultar a su médico. La Guía de Evaluación del Médico está organizada en los mismos cinco módulos que el Cuestionario del Paciente y la usa el médico para recoger información adicional en las áreas diagnósticas en las que el paciente ha respondido positivamente en el cuestionario inicial. La Guía de Evaluación del Médico incluye un módulo somatomorfo con 15 preguntas somáticas que ha sido utilizado para identificar grupos de síntomas físicos no explicados mientras también se evalúa la presencia de otros trastornos psiquiátricos por el siempre ocupado médico de familia **(116)**. Un umbral de tres síntomas no explicados se ha asociado con somatización **(184)**. Los otros cuatro módulos de que consta la Guía de Evaluación del Médico son trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria y de abuso o dependencia del alcohol.

Bakker y cols. estudiaron el cuestionario PRIME-MD **(185)**, concluyendo que la fiabilidad de los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos de acuerdo con el DSM es bastante aceptable para los trastornos umbral; sin embargo para los trastornos por debajo del umbral la PRIME MD parece menos adecuado. El PRIME MD es un cuestionario único que genera diagnósticos DSM, su sensibilidad es muy alta y por lo tanto es de gran valor.

La versión española del cuestionario PRIME-MD se ha validado por Baca y cols. **(186)**. El estudio de validación se realizó sobre 312 pacientes, y se comparó con la versión española validada del sistema SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) utilizado por el psiquiatra. La sensibilidad y especificidad de la versión española del PRIME-MD fueron del 81 y del 66% respectivamente.

En otro estudio realizado por Baca y cols, concluye que el cuestionario PRIME-MD se comporta de forma similar al SCAN en cuanto a la frecuencia de diagnósticos, a excepción de los trastornos somatomorfos, sobrerrepresentados en los diagnósticos PRIME-MD **(187)**.

El tiempo más frecuentemente invertido en la aplicación del cuestionario PRIME-MD por parte del médico (moda) fue de 10 minutos **(188)**. El PRIME- MD, utilizado de esta forma aún supone un gasto considerable de tiempo en la práctica clínica del médico de atención primaria, un promedio de 5.6 minutos de tiempo médico para administrar el PRIME-MD a los pacientes sin diagnóstico de trastorno mental y 11.4 min para los pacientes con un diagnóstico **(187)**. Esta pequeña inversión de tiempo aún era un obstáculo para la utilización dadas las demandas en atención primaria. Se ha desarrollado y validado una versión auto-administrado de la PRIME-MD llamado cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) **(189) (190)**. Se ha desarrollado un PHQ general, la escala de depresión PHQ -9 y posteriormente dada la gran popularidad que alcanzó el PHQ-9, una escala de 7 ítems para diagnóstico de trastornos de ansiedad (GAD-7), validado por los mismos autores **(191)**. Por último, el PHQ-15 fue derivado de la original PHQ y es cada vez más utilizado para evaluar la gravedad de los síntomas somáticos y la posible presencia de somatización y trastornos somatomorfos **(99)**.



Aunque el PRIME-MD fue originalmente desarrollado para la detección de cinco enfermedades, la depresión, ansiedad y módulo somatomorfo (en ese orden) se han convertido en los más utilizados **(188)**.

Otros autores han utilizado el PHQ , mostrando su utilidad en la clínica. Así Avasthi y cols. mostraron que el PHQ podría ser un valioso instrumento para la detección de morbilidad psiquiátrica en la atención primaria **(6)**.

#### AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

A comienzos de la década de los 80, Kaplan y otros informaron una asociación entre 'la percepción de salud' y mortalidad. La auto-evaluación del estado de salud parece ser una buena medida de la salud física actual, la morbilidad, la discapacidad y un predictor de la utilización de atención sanitaria.

Se ha encontrado una fuerte correlación entre la auto-percepción del estado de salud y el aumento de riesgo de mortalidad para todos los grupos étnicos **(192) (193)**. El país de nacimiento, la depresión, el número de síntomas y la satisfacción de la vida son los factores relacionados significativamente y de manera independiente con la salud percibida **(193)**.

En la valoración de la percepción subjetiva del nivel de salud se han utilizado, como grupo de comparación, los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006 **(194)** y de la Encuesta Regional de Salud 2007 en la Comunidad de Madrid **(195)**

#### INDICE ACUMULATIVO DE ENFERMEDAD

El Índice Acumulativo de enfermedad es un instrumento evaluativo de enfermedad global, que corresponde a la traducción y adaptación al español de la Cumulative Illness Rating Scale **(196)**. El Índice acumulativo de enfermedad es un constructo elaborado en atención especializada y validada para este medio. No he encontrado ningún estudio de validación en atención primaria pero tampoco he encontrado otra forma de cuantificar la enfermedad física diagnosticada en atención primaria. Por tanto este índice es sólo orientativo y de poco valor en el estudio.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las variables iniciales para conocer las características generales de las poblaciones de estudio. Los datos se presentan utilizando estadísticos de tendencia central y de dispersión. Media, mediana, desviación típica y valores extremos.

El estudio de la normalidad de las distribuciones se realizó con el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. La comparación entre dos grupos se realizó con el contraste t de Student para muestras independientes y la prueba de Mann-Whitney no paramétrica, para variables continuas y el test  $\chi^2$  y  $\chi^2$  corregido por continuidad para variables discretas.

Las medidas de frecuencia, prevalencia de trastornos mentales, se estimaron mediante el cálculo de sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Para la estimación del riesgo se empleó el odds ratio o razón de ventajas (OR) con los IC 95%. Para comparar las medias del sumatorio de síntomas entre los distintos diagnósticos, se realizó un ANOVA univariante con el test de comparaciones múltiples y corrección de Bonferroni. La representación gráfica de este sumatorio se ha realizado con diagramas de cajas (*box plot*), la caja muestra el percentil 25, la mediana y el percentil 75. y cada patilla abarca los valores extremos.

Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación inferior a 0,05 en contraste bilateral. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS v14.0

## RESULTADOS

El estudio se ha realizado en una consulta que al finalizar el periodo de reclutamiento de casos tenía asignada una población de 1558 personas. Esta población se distribuyó en 48 menores de 18 años, 435 mayores de 70 y 1075 entre 18 y 69 años. De este último grupo se reclutaron los pacientes que acudían a la consulta de forma consecutiva. Aceptando un error alfa del 5% para una precisión de +/- 3% en un contraste bilateral para una proporción estimada de un 40% de al menos un trastorno DSM, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 524 sujetos, asumiendo que la población es de 1000 sujetos entre 18 y 69 años. Se ha estimado una tasa de reposición del .03.

Se reclutaron 586 personas, de las que 46 no contestaron el cuestionario y 13 fueron excluidas por presentar otras enfermedades mentales mayores, por lo que la muestra final es de 527 personas que aceptaron participar en el estudio después de dar su consentimiento verbal.

La población de referencia se distribuye porcentualmente de la siguiente forma: 13,6% entre 18 y 29 años; 25,6% entre 30 y 39 años; 18,5% entre 40 y 49 años; 19,2% entre 50 y 59 años y 23,2% entre 60 y 69 años. Y en la muestra la distribución es muy similar: 13,5% entre 18 y 29 años; 20,5 % entre 30 y 39 años; 15,9% entre 40 y 49 años; 23% entre 50 y 59 años y 27,1% entre 60 y 69 años. Esta distribución se representa gráficamente en la Figura 1. La muestra presenta una proporción algo menor en los grupos de edad de 30 a 49 años y algo mayor en los grupos de edad de 50 a 69 años y tiene igual proporción en el grupo de 18 a 30 años.

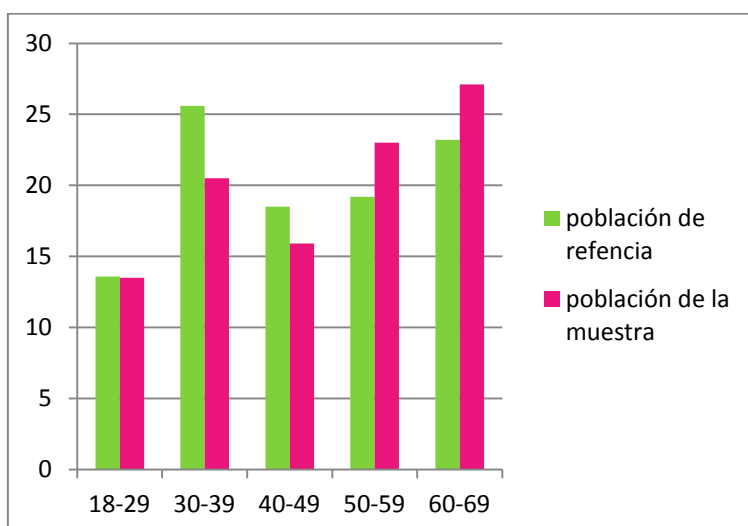


Figura 1

La edad media de los pacientes de la muestra fue de 47,5 años, con una desviación típica de 14,3, mediana 50, moda 65, y, ya que era un requisito para participar en el estudio, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 69. En cuanto a la distribución por sexo (Figura 2), el 64% eran mujeres y el 36% hombres. En la Figura 3 se representa el estado civil. La mayor parte de los participantes, el 43%, están casados o viven en pareja, el 38% son solteros, el 13% divorciados o separados y un 6% viudas (en este último grupo todos los participantes son del sexo femenino). Hasta un 71% viven acompañados y sólo un 21% viven solos. A esta pregunta no responden un 8%. Más del 80% han nacido en España, un 14 % en Sudamérica y los nacidos en otros lugares del mundo tienen una escasa representación (Figura 4).



Figura 2

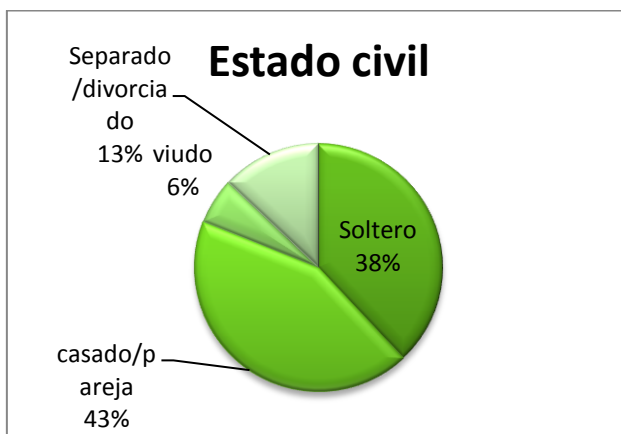
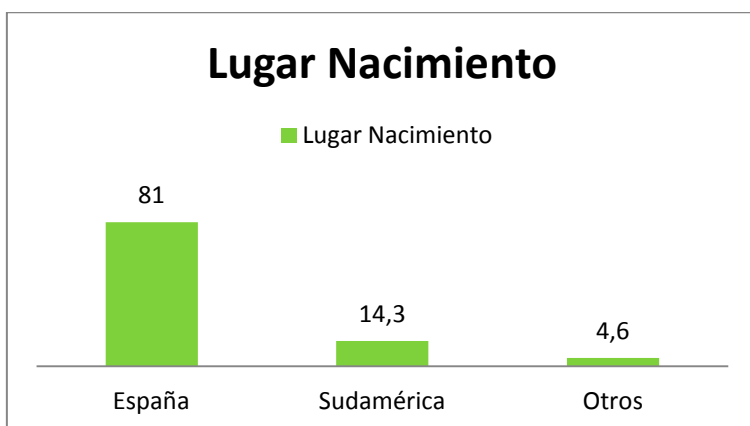
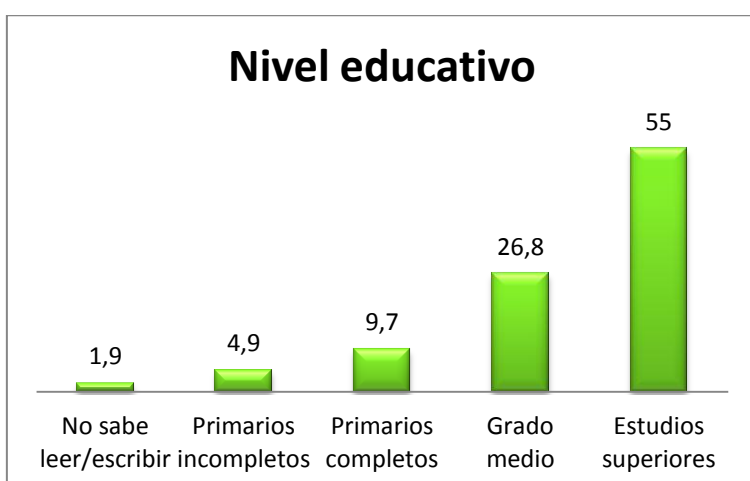


Figura 3



**Figura 4**

Una característica muy llamativa de esta muestra es la elevada proporción de personas con estudios superiores, el 55% de los participantes; y casi un 27% con estudios de grado medio. Por el contrario sólo un 16% tienen estudios primarios o inferiores (Figura 5).

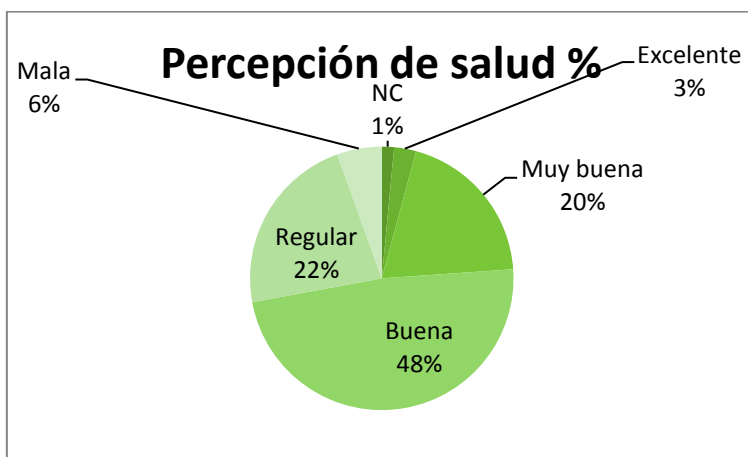


**Figura 5**

Se ha investigado la frecuentación de los pacientes a la consulta de atención primaria (número de consultas realizadas en el año anterior a la cita del estudio). Este dato se extrae directamente del programa informático de gestión de consulta de atención primaria (OMI-AP). La media obtenida ha sido de 9,3 consultas/año, con una desviación típica de 8,9, mediana 7, moda 2, valor mínimo 1 y máximo 59. No se pudo investigar la asistencia de los pacientes a consultas de atención especializada, servicios de urgencia o medicina privada por no disponer de los registros pertinentes.

Otro indicador cuantitativo que se ha calculado es el índice acumulativo de enfermedad. El resultado ha sido una media de 2,2 con desviación típica 1,9, mediana 2, moda 2, valor mínimo 0 y máximo 10. Sólo se ha obtenido el valor total del índice.

Se ha valorado la percepción subjetiva del nivel de salud por parte de los pacientes (Figura 6) que contestaban si consideraban su salud excelente, muy buena, buena, regular o mala. Es destacable el buen nivel de salud subjetivo de la población que consulta en AP ya que el 71 % clasifica su salud de excelente a buena y el 29% de regular o mala, y de este 29% el 22% la considera regular y sólo el 6% mala.



**Figura 6**

En la Tabla 1 se describe la prevalencia en la muestra de los procesos patológicos estudiados. De los 527 pacientes que componen la muestra, 302 (57,3%) no presentan criterios de ningún trastorno psiquiátrico y 225 pacientes (42,6%) pueden diagnosticarse de al menos un trastorno según criterios DSM-IV recogidos con el cuestionario PRIME-MD®. En la Tabla 1 se

resumen el número de pacientes y porcentaje de las distintas patologías estudiadas, de las que podemos destacar el trastorno depresivo mayor que se diagnostica en el 20% de la población, el trastorno depresivo menor en el 13 % y el trastorno de ansiedad generalizada en el 11,4%. Con menor frecuencia se presentan la distimia y el trastorno de pánico. Es interesante destacar que la comorbilidad es muy elevada, de manera que el trastorno depresivo mayor afecta a 106 pacientes, el trastorno de ansiedad generalizada a 60 y presentan comorbilidad de ambos trastornos 46 personas, lo que quiere decir que trastorno de ansiedad generalizada puro lo presentan tan solo 14 personas. Algún trastorno depresivo, sin comorbilidad de ansiedad lo presentan 120 personas de la muestra (22,8%), algún diagnóstico de ansiedad, sin comorbilidad depresiva lo presentan 22 pacientes (4,2%) y la comorbilidad de ambos procesos lo padecen 83 personas (15,7%).

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>n</b>	<b>% (IC95%)</b>
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	<b>106</b>	<b>20.1 (16,8-23,7)</b>
REMISIÓN PARCIAL TDM	<b>34</b>	<b>6,5 (4,2- 8,4)</b>
DISTIMIA	<b>47</b>	<b>8,9 (6,5-11,4)</b>
TRASTORNO DEPRESIVO MENOR	<b>68</b>	<b>12,9 (10,1-15,9)</b>
TRASTORNO DE PÁNICO	<b>20</b>	<b>3,8 (2,2-5,5)</b>
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	<b>60</b>	<b>11,4 (8,7-14,2)</b>
TRASTORNO DEPRESIVO SIN COMORBILIDAD	<b>120</b>	<b>22,8 (19,2-26,4)</b>
TRASTORNO DE ANSIEDAD SIN COMORBILIDAD	<b>22</b>	<b>4,2 (2,4-5,9)</b>
COMORBILIDAD DEPRESIÓN / ANSIEDAD	<b>83</b>	<b>15,7 (12,5 -18,9)</b>
CON AL MENOS UN DCO	<b>225</b>	<b>42,.6 (38,5-46,9)</b>
SIN DIAGNÓSTICO	<b>302</b>	<b>57,3 (52,9-61,6)</b>

**Tabla 1. Prevalencia de los Trastornos mentales**

Se han calculado las frecuencias de los síntomas que constituyen los criterios diagnósticos DSM-IV del trastorno depresivo mayor y que son las nueve preguntas que recoge el cuestionario PRIME-MD®. En la Tabla 2 se resumen estas cifras. Como vemos los síntomas más frecuentes, que presentan más del 90 % de los pacientes son el sentirse decaído, deprimido o desesperado, el cansancio y la pérdida de interés o placer en las cosas. Hay que tener en cuenta que para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con este cuestionario se exige que de los nueve síntomas se den al menos 5, uno de los cuales debe de ser obligatoriamente los ítems 4 o 5, y por tanto estos síntomas tienen una frecuencia tan alta. Por encima del 80 % están los trastornos del sueño, y en menor proporción la dificultad de concentración, la disminución de la autoestima, la inquietud y la alteración del apetito. Finalmente la ideación de suicidio se encuentra en el 25 % de los pacientes.

<b>Síntomas depresión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Trastorno sueño</b>	<b>92</b>	<b>86,8</b>	<b>82,4</b>	<b>88,9</b>
<b>Cansancio</b>	<b>100</b>	<b>94,3</b>	<b>94,1</b>	<b>94,4</b>
<b>Apetito</b>	<b>50</b>	<b>47,2</b>	<b>44,1</b>	<b>48,9</b>
<b>Interés/placer</b>	<b>99</b>	<b>93,4</b>	<b>97,1</b>	<b>91,7</b>
<b>Decaído/deprimido</b>	<b>103</b>	<b>97,2</b>	<b>97,1</b>	<b>97,2</b>
<b>Autoestima</b>	<b>58</b>	<b>54,7</b>	<b>70,6</b>	<b>47,2</b>
<b>Concentración</b>	<b>65</b>	<b>61,3</b>	<b>64,7</b>	<b>59,7</b>
<b>Inquietud</b>	<b>58</b>	<b>54,7</b>	<b>55,9</b>	<b>54,2</b>
<b>Idea suicidio</b>	<b>27</b>	<b>25,5</b>	<b>29,4</b>	<b>23,6</b>

**Tabla 2. Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor**

En la Tabla 3 se describen características socio demográficas del grupo de comparación (no trastorno mental), del trastorno depresivo mayor, del trastorno de ansiedad generalizada y del grupo de comorbilidad trastorno depresivo mayor/ trastorno de ansiedad generalizada. Es de destacar que la edad media no es diferente en los distintos grupos ( $p= 0,172$ ), con un rango entre los 44 años en el trastorno de ansiedad generalizada y los 48 años en el grupo de comparación. Hay un predominio de mujeres en todos los grupos diagnósticos ( $p= 0,007$ ), en el grupo de ansiedad generalizada hay una diferencia de 70/30, en la depresión mayor 68/32 y 59/41 en el grupo de comparación (era 64/36 en el global de la muestra). En el epígrafe de estado civil tampoco se aprecian diferencias ( $p= 0,143$ ). En el grupo de casados se aprecia menos depresión y más ansiedad, en el grupo de viudos, más depresión y ansiedad (en este grupo no hay ninguna persona del sexo masculino), y en el grupo de separados /divorciados



más depresión y menos ansiedad. En la valoración del nivel de estudios de los pacientes, hay que destacar una proporción muy elevada de personas con estudios universitarios y la tendencia es que a menor nivel de educación, más depresión /ansiedad, que es menor en el grupo de estudios universitarios ( $p= 0,029$ ).

		TDM	TAG	TDM+TAG	CONTROL
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>EDAD media (DE y Rango)</b>		<b>46.2 (12.8;21-69)</b>	<b>44.1 (12.5;20-66)</b>	<b>43.9 (11,5; 23-64)</b>	<b>48.4 (15.0;20-70)</b>
<b>SEXO</b>	<b>Hombres</b>	<b>34 (32.1)</b>	<b>18 (30)</b>	<b>14 (32.6)</b>	<b>123 (40.8)</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>72 (67.9)</b>	<b>42 (70)</b>	<b>30 (67.4)</b>	<b>179 (59.2)</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>36 (34)</b>	<b>22 (36.7)</b>	<b>17 (37)</b>	<b>119 (39.5)</b>
	<b>Casado</b>	<b>42 (39.6)</b>	<b>27 (45)</b>	<b>21 (45.7)</b>	<b>137 (45.2)</b>
	<b>Viudo</b>	<b>8 (7.5)</b>	<b>4 (6.7)</b>	<b>3 (6.5)</b>	<b>12 (4)</b>
	<b>Separado</b>	<b>20 (17.9)</b>	<b>5 (8.3)</b>	<b>4 (8.7)</b>	<b>34 (11.4)</b>
<b>Vive sólo/ acompañado</b>	<b>Solo</b>	<b>32 (30.2)</b>	<b>10 (16.7)</b>	<b>7 (15.2)</b>	<b>55 (18.1)</b>
	<b>Acompañado</b>	<b>62 (58.5)</b>	<b>41 (68.3)</b>	<b>31 (67.4)</b>	<b>224 (74.2)</b>
<b>Nivel Educativo</b>	<b>No sabe l/e</b>	<b>3 (2.8)</b>	<b>3 (5)</b>	<b>2 (4.3)</b>	<b>4 (1.3)</b>
	<b>Primarios</b>	<b>20 (18.9)</b>	<b>8 (13.3)</b>	<b>8 (17.4)</b>	<b>39 (12.9)</b>
	<b>Medios</b>	<b>35 (33.0)</b>	<b>19 (31.7)</b>	<b>14 (30.4)</b>	<b>75 (24.7)</b>
	<b>Superior</b>	<b>45 (42.5)</b>	<b>28 (46.7)</b>	<b>20 (43.5)</b>	<b>180 (59.5)</b>
	<b>España</b>	<b>79 (74.5)</b>	<b>47 (78.3)</b>	<b>36 (78.3)</b>	<b>255 (84.6)</b>
<b>Lugar Nacim</b>	<b>Sudamer</b>	<b>23 (21.7)</b>	<b>11 (18.3)</b>	<b>9 (19.6)</b>	<b>30 (10.0)</b>
		<b>n= 106</b>	<b>n= 60</b>	<b>n= 46</b>	<b>n= 302</b>
<b>Total</b>					

**Tabla 3. Características socio demográficas**

Entre los datos demográficos no se aprecian diferencias asociadas a los resultados obtenidos. Únicamente existen dos diferencias, una es el grupo de pacientes que viven solos, que es mayor en el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor ( $p < 0,005$ ) y también es más frecuente cualquier diagnóstico de enfermedad en los pacientes de origen sudamericano que en los pacientes españoles ( $p < 0,005$ ).

		<b>TDM</b>	<b>TAG</b>	<b>TDM + TAG</b>	<b>CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Percepción de salud</b>	Excelente/ buena	40.5%	36.7%	28.2%	85.3%	71,7
	<b>Regular /mala</b>	<b>55.7%</b>	<b>60%</b>	<b>67.4</b>	<b>14.1%</b>	<b>28,3</b>

**Tabla 4. Percepción del estado de salud general**

En general, los pacientes que acuden al centro de salud tienen una percepción buena de su salud (Tabla 4) (el 72% de ellos dicen tener una salud excelente / buena, mientras que es el 28% los que dicen tener una salud regular / mala). La percepción del nivel del salud es mejor en los pacientes del grupo de comparación (el 85% refieren tener una salud de excelente a buena por sólo un 14% de ellos que dicen tenerla regular o mala). Los pacientes con algún diagnóstico de ansiedad o depresión tienen una percepción peor de su salud, sobre todo los que tienen doble diagnóstico (refieren una percepción de salud regula mala en el 67,4% y tan solo el 28% dicen tenerla excelente o buena).

A continuación se hace un estudio de los síntomas somáticos en la muestra total y en los grupos de los diferentes diagnósticos y en el grupo de comparación. En la Tabla 5 se exponen el número y porcentaje de pacientes que presentan cada uno de los 15 síntomas somáticos que se han analizado. En la muestra total se resalta que solo 35 personas no presentan ningún síntoma somático. El síntoma con más representación es el cansancio que lo refieren 324 personas (61,5%), seguido por síntomas dolorosos: 283 (53,7%) presentan dolor de espalda, 276 (52,4%) dolor de brazos, piernas, articulaciones, 213 (40,4%) dolor de cabeza. En menor proporción dolor de estómago y dolor de pecho. Trastornos de sueño presentan 259 personas (49,1%). En menor medida se presentan las nauseas, gases o indigestión (198-37,6%), sensación de que el corazón late más fuerte o más aprisa (158-30%), sensación de falta

de aire (144- 27,3%) y mareos (126- 23,9%). Dolor o dificultades en el acto sexual lo presentan 60 personas (11,4%) y el síntoma que se presenta con menor frecuencia es la aparición de episodios de desmayo, que lo han sufrido sólo 9 personas (1,7%). El dolor menstrual lo han sufrido 83 mujeres, lo que corresponde a 46,4% de las mujeres de 20 a 50 años.

SINTOMAS SOMÁTICOS	TDM n (%)	TAG n (%)	COMORBI TDM+TAG n (%)	GRUPO DE COMPARA CIÓN n (%)	TOTAL MUESTRA
Dolor estómago	49 (46,2)	27 (45)	20 (43,5)	31 (10,4)	119 (22,6)
Dolor espalda	89 (84)	53 (88,3)	41 (89,1)	123 (41,1)	283 (53,7)
Dolor piernas/brazos	75 (70,8)	46 (76,7)	35 (76,1)	124 (41,5)	276 (52,4)
Dolor regla*	24 (33,3)	16 (38,1)	12 (38,7)	32 (18)	83 (46,4)
Dificultad acto sexual	21 (19,8)	15 (25)	14 (30,4)	22 (7,4)	60 (11,4)
Dolor de cabeza	64 (60,4)	40 (66,7)	32 (69,6)	92 (30,8)	213 (40,4)
Dolor pecho	37 (34,9)	28 (46,7)	23 (50)	20 (6,7)	80 (15,2)
Mareos	47 (44,3)	26 (43,3)	22 (47,8)	44 (14,7)	126 (23,9)
Episodios desmayo	6 (5,7)	3 (5)	3 (6,5)	2 (0,7)	9 (1,7)
Palpitaciones	64 (60,4)	42 (70)	33 (71,7)	55 (18,4)	158 (30)
Sensación falta aire	62 (58,5)	37 (61,7)	29 (63)	39 (13)	144 (27,3)
Estreñimiento/ diarrea	48 (45,3)	33 (55)	25 (54,3)	71 (23,7)	180 (34,2)
Nauseas/gases	57 (53,8)	37 (61,7)	27 (58,7)	86 (28,8)	198 (37,6)
Cansancio	99 (93,4)	58 (96,7)	45 (97,8)	132 (44,1)	324 (61,5)
Trastorno sueño	92 (86,8)	55 (91,7)	43 (93,5)	103 (34,4)	259 (49,1)
Total pacientes	106	60	46	302	527

\*Referido a mujeres de 18 a 50 años.

**Tabla 5. Síntomas somáticos en los diferentes diagnósticos**

El síntoma somático más frecuente es el cansancio que presentaba el 61% de los pacientes incluidos en la muestra. Lo presentan el 93,4% de los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor, el 96,7% de los diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada, y el 97,8% de los pacientes con comorbilidad TDM + TAG, frente al 44,1% de los pacientes del grupo de comparación (pacientes del estudio que no han sido diagnosticados de ningún proceso psíquico). Al cansancio le sigue en frecuencia los trastornos del sueño, algo más frecuente en el TAG (91,7%) que en el TDM (86,8%), frente al 34% en el grupo comparación. Los síntomas dolorosos, dolor de espalda, dolor de piernas, brazos y articulaciones y dolor de cabeza están también muy representados. El más frecuente es el dolor de espalda, 84 y 88%, frente al 41% del grupo de comparación; piernas, brazos y articulaciones, 70,8 y 76,7 frente a 41,5; algo menos frecuente dolor de cabeza, de estómago y dolor de pecho. En este último encontramos una mayor diferencia entre depresión y ansiedad, 34,9% para TDM y 46,7% para TAG y tan solo 6,7% en el grupo de comparación.

La sensación de que el corazón late más fuerte o más aprisa, tiene también una mayor presencia en el TAG que en el TDM, con una frecuencia de 70% y de 60,4% respectivamente, y de 18,4% en el grupo de comparación. La sensación de falta de aire presenta cifras bastante parecidas, en torno al 60 % y poca diferencia entre la ansiedad y la depresión, aunque sí con el grupo de comparación, 13%. Cifras similares presentan los trastornos digestivos, estreñimiento / diarrea y náuseas, gases, indigestión, aunque siempre cifras algo mayores para el trastorno de ansiedad. Los mareos aparecen en torno al 44%, tanto en depresión como en ansiedad y 14 % en grupo de comparación. El desmayo es el síntoma somático más infrecuente, con una frecuencia del 5% en trastornos depresivos y de ansiedad y tan solo del 0,7% en el grupo de comparación. El dolor menstrual lo presentan por encima del 30% las mujeres con patología ansiosa o depresiva y el 18 % las mujeres sin patología. Y los trastornos sexuales los presentan el 20 y 25% los pacientes con depresión y ansiedad respectivamente y el 7,4% los pacientes del grupo control. Este síntomas es el único que presenta una diferencia entre la comorbilidad depresión- ansiedad y los trastornos sin comorbilidad, ya que en el primer caso llega a un 30% los pacientes que se quejan de este síntoma.

Todos los síntomas somáticos son más frecuentes en los pacientes que en grupo de comparación ( $p < 0,001$ ), con grandes diferencias que varían del 20% en el dolor de pecho al 40% en el cansancio, exceptuando los menos prevalentes como episodios de desmayo y dolor del acto sexual.

SINTOMAS SOMÁTICOS	TDM%		TAG%	
	M	F	M	F
Dolor estómago	52,9	44,1	66,7	35,7
Dolor espalda	76,5	87,5	72,2	95,2
Dolor piernas/brazos	64,7	73,6	72,2	78,6
Dolor regla	-	33,3	-	38,1
Dificultad acto sexual	29,4	15,3	38,9	19
Dolor de cabeza	50	65,3	55,6	71,4
Dolor pecho	35,3	34,7	61,1	40,5
Mareos	29,4	51,4	33,3	47,6
Episodios desmayo	5,9	5,6	5,6	4,8
Palpitaciones	61,8	59,7	77,8	66,7
Sensación falta aire	44,1	65,3	55,6	64,3
Estreñimiento/diarrea	38,2	48,6	38,9	61,9
Nauseas/gases	52,9	54,2	50	66,7
Cansancio	94,1	93,1	94,4	97,6
Trastorno sueño	88,2	86,1	100	88,1
Total pacientes	34	72	18	42

**Tabla 6. Síntomas somáticos según sexo en trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada**

En la Tabla 6 se resumen los datos de presentación de síntomas somáticos en los diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada distribuido por sexo. En el grupo diagnosticado de depresión mayor encontramos cifras similares de síntomas en el dolor torácico, episodios de desmayo, palpitaciones, náuseas, gases o indigestión, trastorno de sueño y cansancio. Hay una mayor representación de mujeres en dolor de espalda, dolor de brazos, piernas y articulaciones, dolor de cabeza, mareos, sensación de falta de aire, estreñimiento o diarrea. Y los hombres presentan con más frecuencia

únicamente el dolor de estómago y dolor o dificultad en el acto sexual. En el grupo con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada aumentan los síntomas somáticos en hombres, y presentan más que las mujeres, además de dolor de estómago y trastornos de la esfera sexual, dolor de pecho, palpitaciones y problemas de sueño. En el resto de síntomas la distribución es similar a la que describimos anteriormente en el grupo de trastorno depresivo mayor.

	<b>Razón de ventajas (IC 95%) TDM/Pob Total</b>	<b>Razón de ventajas (IC 95%) TAG/Pob Total</b>	<b>Razón de ventajas (IC 95%) Comorbilidad /Pob Total</b>
<b>Dolor estómago</b>	<b>4.4 (2.7-6.9)</b>	<b>3.4 (2.0-6.0)</b>	<b>3.0 (1.6-5.5)</b>
<b>Dolor espalda</b>	<b>6.1 (3.5-10.7)</b>	<b>7.8 (3.5-17.6)</b>	<b>8.1 (3.1-20.8)</b>
<b>Dolor pierna/brazos</b>	<b>2.6 (1.7-4.2)</b>	<b>3.4 (1.8-6.4)</b>	<b>3.2 (1.6-6.4)</b>
<b>Dolor regla</b>	<b>1.3 (0.6-2.6)</b>	<b>2.2 (0.9-5.3)</b>	<b>1.7 (0.6-4.5)</b>
<b>Dolor acto sexual</b>	<b>2.5 (1.4-4.4)</b>	<b>3.1 (1.6-6.0)</b>	<b>4.1 (2.1-8.3)</b>
<b>Dolor cabeza</b>	<b>2.8 (1.8-4.3)</b>	<b>3.4 (1.9-6.0)</b>	<b>3.8 (2.0-7.3)</b>
<b>Dolor pecho</b>	<b>4.7 (2.8-7.8)</b>	<b>7.3 (4.0-13.0)</b>	<b>7.4 (3.9-14.1)</b>
<b>Mareos</b>	<b>3.5 (2.2-5.5)</b>	<b>2.8 (1.6-4.9)</b>	<b>3.3 (1.8-6.2)</b>
<b>Episodios desmayo</b>	<b>8.3 (2.0-33.8)</b>	<b>4.0 (1.0-16.5)</b>	<b>5.5 (1.3-22.9)</b>
<b>Palpitaciones</b>	<b>5.3 (3.4-8.3)</b>	<b>7.0 (3.9-12.7)</b>	<b>7.2 (3.7-14.2)</b>
<b>Sensación falta aire</b>	<b>5.9 (3.7-9.3)</b>	<b>5.4 (3.1-9.6)</b>	<b>5.4 (2.9-10.2)</b>
<b>Estreñimiento /diarrea</b>	<b>1.8 (1.2-2.8)</b>	<b>2.7 (1.5-4.6)</b>	<b>2.5 (1.4-4.6)</b>
<b>Nauseas /gases</b>	<b>2.3 (1.5-3.5)</b>	<b>3.1 (1.8-5.3)</b>	<b>2.6 (1.4-4.8)</b>
<b>Cansancio</b>	<b>12.4 (5.6-27.4)</b>	<b>22.1 (5.3-91.5)</b>	<b>32.6 (4.5-238.3)</b>
<b>Trastornos de Sueño</b>	<b>10 (5.5-18.2)</b>	<b>14.2 (5.6-36.14)</b>	<b>17.6 (5.4-57.5)</b>

**Tabla 7. Odds ratio e intervalo de confianza 95% de los síntomas somáticos en los diferentes diagnósticos psiquiátricos: Población Trastorno Depresivo Mayor / Población total, Población Trastorno Ansiedad Generalizada / Población Total**

En la Tabla 7 se resumen las pruebas estadísticas Odds Ratio e intervalos de confianza al 95% para cada uno de los síntomas físicos en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y comorbilidad de ambos diagnósticos frente a la población total. En este caso la población total se refiere a todos los pacientes menos los que tienen el trastorno concreto, es decir la población total es diferente en cada columna.

Todos los síntomas somáticos ocurren con mayor frecuencia ( $p < 0.001$ ), en los pacientes que presentan algún diagnóstico psiquiátrico frente a la población que no lo presenta; esto sucede en la práctica totalidad de los síntomas, excepto en el dolor menstrual en el que la significación estadística tiene una  $p = 0.479$  en la población con diagnóstico de depresión mayor,  $p = 0.082$  en el trastorno de ansiedad generalizada y  $p = 0.276$  en la comorbilidad. Así mismo, el único intervalo de confianza en la Odds Ratio que está por debajo de uno es en el dolor menstrual, con un intervalo de 0.6-2.6 en depresión mayor, de 0.9-5.3 en ansiedad generalizada y 0.6-4.5 en la comorbilidad de ambos diagnósticos. Los episodios de desmayo también son una excepción ( $p = 0.037$ ) en la población con diagnóstico de ansiedad generalizada, con un intervalo de confianza de la Odds Ratio de 1.0-16.5.

Después de analizar los datos de los síntomas somáticos que se presentan en los diagnósticos mayores de depresión y de ansiedad se analizan los datos de los mismos 15 síntomas somáticos asociados a un trastorno depresivo o de un trastorno de ansiedad, ya sea un trastorno depresivo mayor, distimia, depresión menor o remisión parcial de un trastorno depresivo mayor por el lado de la depresión y por el lado de la ansiedad un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno de pánico o un trastorno de ansiedad no especificado. Son importantes los diagnósticos mayores pero también es interesante estudiar el comportamiento de los diagnósticos sub-umbral. Además se agrupan los datos de los diagnósticos depresivos por un lado y los diagnósticos de ansiedad por otro, ya que en atención primaria puede ser útil no sólo hablar de trastorno depresivo mayor sino de trastorno depresivo en general, incluyendo también los otros diagnósticos. Es diferente el caso de los trastornos de ansiedad, dónde la distinción de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico si es necesaria, pero no así el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno no especificado. Aún así, en el estudio hemos agrupado los datos de los tres trastornos de ansiedad.

	Comparación n (%)	Sólo Depresión n (%)	Sólo Ansiedad n (%)	Ansiedad + Depresión n (%)
Dolor estómago	33 (10.9)	42 (35.0)	9 (40.9)	35 (42.2)
Dolor Espalda	124 (41.1)	74 (61.7)	13 (59.1)	72 (87.7)
Dolor piernas, brazos, artic.	126 (41.7)	75 (62.5)	12 (54.5)	63(75.9)
Dolor menstrual	33 (33.3)	19 (40.4)	8(50.0)	23 (60.5)
Dolor acto sexual	23 (7.6)	15 (12.5)	4 (18.2)	18 (21.7)
Dolor cabeza	93 (30.8)	52 (43.3)	11 (50.0)	57 (68.7)
Dolor pecho	21 (7.0)	19 (15.8)	6 (27.3)	34 (41.0)
Sensación mareo	45 (14.9)	40 (33.3)	6 (27.3)	35 (42.2)
Episodios de desmayo	2 (0.7)	4 (3.3)	0 (0)	3 (3.6)
Palpitaciones	55 (18.2)	38 (31.7)	12 (54.5)	53 (63.9)
Sensación falta de aire	40 (13.2)	41 (34.2)	13 (59.1)	50 (60.2)
Estreñimiento/ Diarrea	72 (23.8)	52 (43.3)	12 (54.5)	44 (53.0)
Nauseas/ gases	87 (28.8)	46 (38.3)	15 (68.2)	50 (60.2)
Cansancio	135 (44.7)	96 (80.0)	14 (63.6)	79 (95.2)
Dificultad para dormir	104 (34.4)	70 (58.3)	16 (72.7)	69 (83.1)
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>120</b>	<b>22</b>	<b>83</b>

**Tabla 8. Síntomas somáticos / Población comparación, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Comorbilidad Depresión-Ansiedad**

En la Tabla 8 se presentan los datos de prevalencia de cada uno de los síntomas somáticos en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor, remisión parcial, distimia y trastorno depresivo menor) sin trastorno de ansiedad, pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad no especificado) sin trastorno depresivo, los pacientes con



comorbilidad de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad y finalmente los pacientes del grupo de comparación (sin ningún diagnóstico). La prevalencia de cualquiera de los síntomas es mayor en cualquiera de las enfermedades si lo comparamos con el grupo de comparación ( $p < 0,001$ ), excepto algunos síntomas que son poco frecuentes o no puede demostrarse porque el grupo con ansiedad es pequeño (dolor menstrual y episodios de desmayo). Y en casi todos los síntomas somáticos, la prevalencia es mayor en los pacientes con doble diagnóstico que en los pacientes con un diagnóstico depresivo o de ansiedad solo.

Estudiando los síntomas por separado en cada uno de los diagnósticos se observa que la sensación de que el corazón late más fuerte o más aprisa es más frecuente en la comorbilidad, seguido del diagnóstico de ansiedad y finalmente en el diagnóstico de depresión, encontrando diferencias ( $p < 0,001$ ) entre los grupos de comorbilidad y depresión. En el síntoma sensación de falta de aire también encontramos diferencia ( $p < 0,001$ ) entre el grupo de depresión y los grupos de ansiedad y comorbilidad. En el síntoma náuseas, gases o indigestión también hay diferencia ( $p < 0,001$ ) entre los grupos de depresión frente a ansiedad y comorbilidad. Y finalmente en los trastornos de sueño hay diferencia ( $p < 0,001$ ) entre los grupos de ansiedad y depresión frente al grupo de comorbilidad.

Aunque no existe significación estadística en esta muestra relativamente pequeña de pacientes, la Tabla 8 muestra que algunos síntomas son más frecuentes en los trastornos de ansiedad (dolor de estómago, de cabeza y de pecho, palpitaciones, sensación de falta de aire, trastornos del ritmo intestinal, otros trastornos digestivos y trastornos del sueño) y otros síntomas son más frecuentes en los trastornos depresivos (dolor de miembros, sensación de mareo y cansancio). Por otra parte, y aunque esté poco estudiado, en la clínica es frecuente asociar más unos síntomas que otros a los trastornos de ansiedad o a los trastornos depresivos. Es probable que con una muestra de mayor tamaño estas diferencias hubieran podido apreciarse de un modo más claro.

	Comparación n (%)	Resto de enfermos n (%)	TDM n (%)	TAG n (%)
Dolor estómago	33 (10,9)	70 (37,0)	13 (43,3)	3 (50)
Dolor Espalda	124 (41,1)	129 (68,3)	24 (80,0)	6 (100)
Dolor piernas, brazos, artic.	126 (41,7)	127 (67,2)	18 (60,0)	5 (83,3)
Dolor menstrual	33 (33,3)	43 (50,0)	3 (27,3)	4 (100)
Dolor acto sexual	23 (7,6)	31 (16,4)	3 (10,0)	3 (50,0)
Dolor cabeza	93 (30,8)	101 (53,4)	14 (46,7)	5 (83,3)
Dolor pecho	2 (7,0)	50 (26,5)	5 (16,7)	4 (66,7)
Sensación mareo	45 (14,9)	63 (33,3)	14 (46,7)	4 (66,7)
Episodios de desmayo	2 (0,7)	4 (2,1)	2 (6,7)	1 (16,7)
Palpitaciones	55 (18,2)	84 (44,4)	13 (43,3)	6 (100)
Sensación falta de aire	40 (13,2)	86 (45,5)	12 (40,0)	6 (100)
Estreñimiento/ Diarrea	72 (23,8)	94 (49,7)	10 (33,3)	4 (66,7)
Nauseas/ gases	87 (28,8)	93 (49,2)	14 (46,7)	4 (66,7)
Cansancio	135 (44,7)	156 (82,5)	27 (90,0)	6 (100)
Dificultad para dormir	104 (34,4)	125 (66,1)	24 (80,0)	6 (100)

**Tabla 9 . Presentación de los síntomas somáticos en las poblaciones con Trastorno depresivo mayor puro, Trastorno de ansiedad generalizado puro, resto de trastornos y grupo comparación.**

Estudiados los resultados en los grupos de depresión y de ansiedad en general, se ha calculado la frecuencia de síntomas en los pacientes con trastorno depresivo mayor puro y trastorno de ansiedad generalizado puro, en comparación con el grupo de comparación y con

el grupo de pacientes que presentan otros trastornos depresivos o de ansiedad pero no los trastornos citados anteriormente. Únicamente hay 30 personas que padecen un trastorno depresivo mayor puro y 6 personas que presentan un trastorno de ansiedad generalizada puro. En la Tabla 9 se presentan las cifras correspondientes. Se puede apreciar que el grupo de comparación presenta una prevalencia más baja que el resto de los grupos, que el grupo de pacientes con otros trastornos depresivos o de ansiedad presenta una frecuencia de presentación parecida al grupo de trastorno depresivo mayor en la mayor parte de los síntomas y que el grupo de trastorno de ansiedad generalizada presenta una prevalencia más alta que los otros grupos en todos los síntomas estudiados. Globalmente se aprecia que la presentación de los síntomas es diferente en los grupos estudiados ( $p < 0.001$ ), y esto se debe probablemente a la diferencia del grupo de comparación con el resto de los grupos.

Entre los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada puros no se encuentra diferencias. El pequeño tamaño de la muestra probablemente influya en este resultado.

Tras el estudio de la distribución de síntomas en las poblaciones con los distintos diagnósticos, se estudió el número de síntomas somáticos que presentan los pacientes en esas mismas poblaciones. En las Tabla 10 y 11 se resumen los datos y gráficamente en las Figuras 7, 8, 9, 10 y 11.

En los pacientes del grupo de comparación la media de síntomas físicos que presentan estos pacientes es de 3,3 síntomas por paciente; en los pacientes con trastorno depresivo esta media asciende a 7,9 y en los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizado a 8,6. Siguiendo el mismo orden de pacientes, el percentil 50 es de 3, 8 y 9 síntomas.

Únicamente 35 personas de la muestra total (6,6% de la muestra) no presentan ningún síntoma somático. Por el lado contrario 40 personas (7,6%) presentan 10 o más síntomas. 261 personas presentan 4 o menos síntomas, esto representa casi la mitad de la muestra (49,5%). Y por lo tanto la otra mitad de la muestra presenta 5 o más síntomas. Un punto de corte importante es el de cuatro o más síntomas somáticos que es el punto de corte que marca el cuestionario PRIME-MD® para diagnóstico de trastorno somatomorfo.

En la muestra de este estudio, 3 o menos síntomas somáticos lo presentan 206 personas (39%), y 4 o más síntomas lo presentan 321 (61%). En el grupo control 34 personas no presentan ningún síntoma somático (11.3%); el 60 % de las personas del grupo control tienen 3 o menos síntomas, y por lo tanto, el 40% presentan 4 o más síntomas.

Entre las personas de la muestra que no tienen ningún síntoma somático no hay ningún caso de depresión. Con 1, 2 y 3 síntomas hay 5 casos de depresión, y a partir de 4 síntomas somáticos se produce un incremento del número de casos de depresión, de manera que cuantos más síntomas somáticos más frecuente es la depresión. Desde otro punto de vista, el 4,7 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor tienen 3 o menos síntomas somáticos y, por lo tanto, el 95,5 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentan 4 o más síntomas somáticos. Sin embargo, el 48% de los pacientes sin diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentan 3 o menos síntomas somáticos.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizado, tan solo el 1,7 % de los pacientes presentan 4 o menos síntomas somáticos y 98,3 % presentan 5 o más síntomas. Por otra parte, el 71 % de los pacientes que no tienen diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada presentan 5 o menos síntomas somáticos.

Suma Síntomas somáticos	Población comparación		Trastorno depresivo mayor		Trastorno ansiedad generalizada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	34	11.3	0	0	0	0
1	45	14.9	0	0	0	0
2	50	16.6	2	1,9	0	0
3	50	16.6	3	2,8	1	1,7
4	30	9.9	6	5,7	0	0
5	42	13.9	13	12,3	2	3,3
6	15	5.0	11	10,4	10	16,7
7	23	7.6	15	14,1	8	13,3
8	6	2.0	12	11,3	7	11,7
9	4	1.3	15	14,1	13	21,7
10	1	0.3	7	6,6	7	11,7
11	1	0.3	11	10,4	7	11,7
12	1	0.3	7	6,6	1	1,7
13	0	0.0	2	1,9	2	3,3
14	0	0.0	1	0,9	1	1,7
15	0	0.0	1	0,9	1	1,7
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Tabla 10. Suma de síntomas somáticos en la muestra total y en las poblaciones comparación, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada.**

	n	MEDIA	DESV TÍPICA	MIN	MAX	PERCENTILES		
						25	50	75
TDM	106	7,86	2,77	2	15	6,00	8,00	10,00
TAG	60	8,6	2,34	3	15	7,00	9,00	10,00
COMPARA- CIÓN	302	3,29	2,38	0	12	1,00	3,00	5,00

Tabla 11. Suma de síntomas somáticos: trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y grupo de comparación.

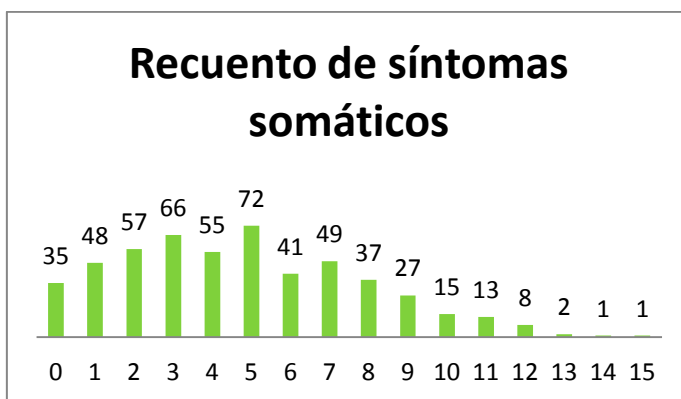
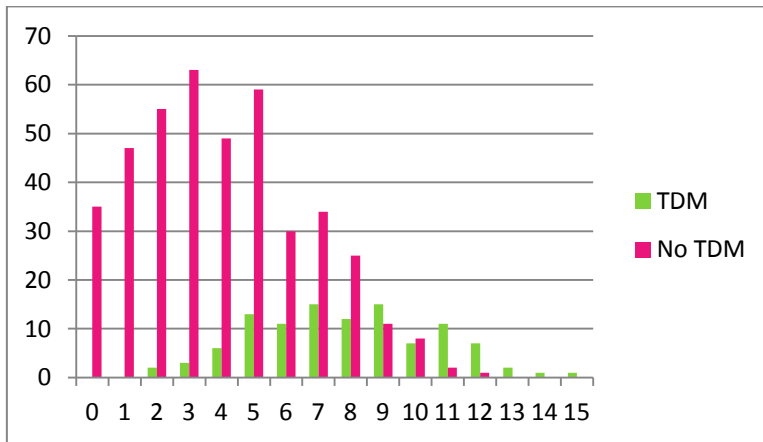
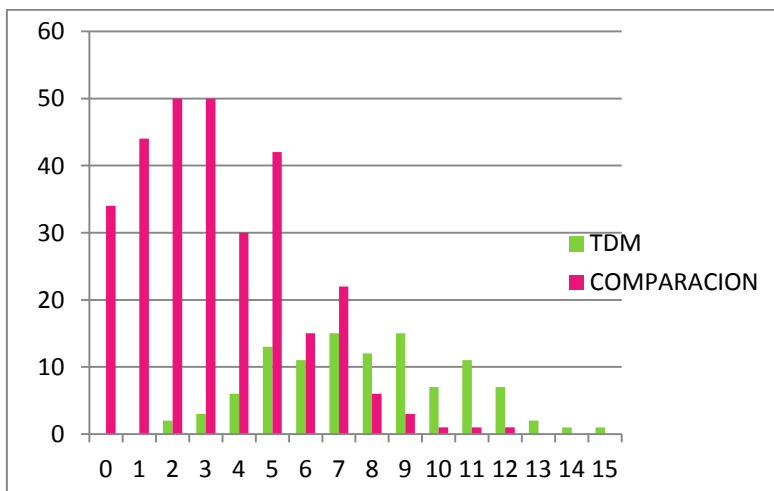


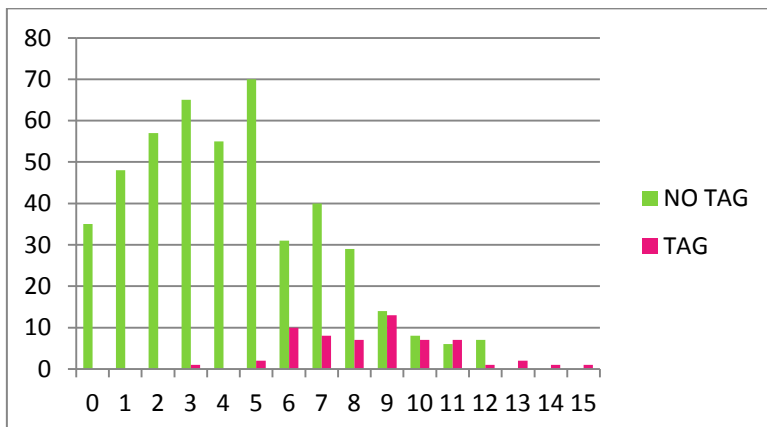
Figura 7. Suma de síntoma somáticos en la muestra total



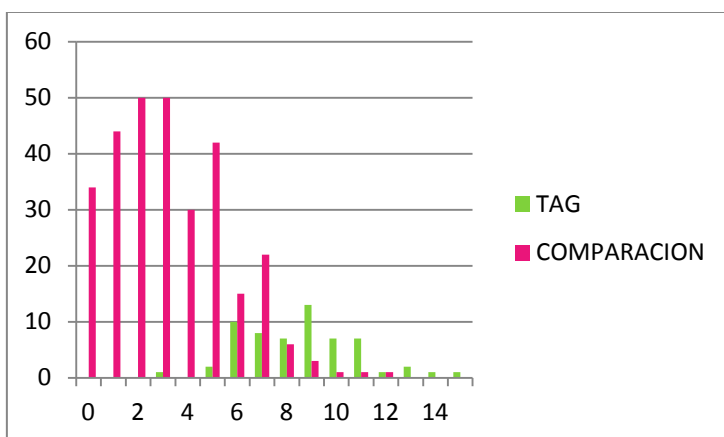
**Figura 8. Número de síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y en pacientes sin ese diagnóstico.**



**Figura 9. Número de síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y en pacientes del grupo de comparación.**



**Figura 10. Número de síntomas somáticos en Pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y en Pacientes sin este diagnóstico.**



**Figura 11. Número de síntomas somáticos en Pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y en Pacientes del grupo de comparación.**

En las figuras 7 a 11 se representa la distribución de síntomas somáticos en las distintas poblaciones. Puede observarse que en los diagnósticos de ansiedad y depresión los pacientes presentan un mayor número de síntomas, y en el grupo de comparación y las poblaciones sin los diagnósticos citados, los pacientes presentan un menor número de síntomas.

Como muestra la Tabla 12, el 95 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta 4 o más síntomas somáticos frente al 52 % de los que no lo tienen; igualmente más del 98 % de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizado presenta más de 4 síntomas somáticos frente al 56 % de los que no lo padecen. Tanto los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor como los diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada tienen más síntomas somáticos ( $p < 0.005$ ), y esta diferencia se presenta con una Odds Ratio de 18,5, con un intervalo de confianza de 7,4 – 46, 2 para el trastorno depresivo y una Odds Ratio de 46,3, con un intervalo de confianza de 6,4 – 337 para el trastorno de ansiedad generalizada.

	<b>3 ó menos SS n (%)</b>	<b>4 ó más SS n (%)</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>IC</b>
<b>Depresión Mayor</b>	<b>5 (4,7)</b>	<b>101 (95,3)</b>	<b>18,5</b>	<b>7,4 - 46,2</b>
<b>No Depresión Mayor</b>	<b>200 (47,7)</b>	<b>219 (52,3)</b>		
<b>Trastorno Ansiedad Generalizada</b>	<b>1 (1.7)</b>	<b>59 (98.3)</b>	<b>46,3</b>	<b>6,4 - 337</b>
<b>No Trast Ansiedad Generalizada</b>	<b>205 (44,0)</b>	<b>261 (56,0)</b>		

**Tabla 12. Suma de síntomas somáticos: 3 o menos/4 o más en población con trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada frente a la población sin el diagnóstico.**

	<b>Odds ratio</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Síntomas somat 4-5/0-3</b>	<b>7,0</b>	<b>2,5-19,4</b>
<b>Síntomas somat 6-8/0-3</b>	<b>17,1</b>	<b>6,5 – 44,8</b>
<b>Síntomas somat &gt;9/0-3</b>	<b>80,0</b>	<b>28 - 222</b>

**Tabla 13. Estimación de riesgo de depresión mayor en pacientes con 4-5, 6-8, y >9 síntomas físicos frente a los pacientes con 0-3 síntomas.**



La Tabla 13 muestra el riesgo de depresión mayor en pacientes con 4-5 síntomas somáticos, en pacientes con 6-7 síntomas y en pacientes con 8-9 síntomas frente a los pacientes que presentan 0-3 síntomas somáticos. El riesgo de depresión asciende a 7 veces en el caso de los pacientes con 4-5 síntomas somáticos; a 17 veces en el caso de los pacientes con 6-8 síntomas somáticos y a 80 veces en el caso de los pacientes con más de 9 síntomas somáticos.

La Tabla 14 muestra el riesgo de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes con 4-5 síntomas somáticos, en pacientes con 6-7 síntomas y en pacientes con 8-9 síntomas frente a los pacientes que presentan 0-3 síntomas somáticos. El riesgo de presentar el trastorno de ansiedad asciende a 3 veces en el caso de los pacientes con 4-5 síntomas somáticos; a 52 veces en el caso de los pacientes con 6-8 síntomas somáticos y a 95 veces en el caso de los pacientes con más de 9 síntomas somáticos.

	<b>Odds ratio</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Síntomas somat 4-5/0-3</b>	<b>3,28</b>	<b>0,42-</b>
<b>Síntomas somat 6-7/0-3</b>	<b>51,97</b>	<b>8,63-</b>
<b>Síntomas somat 8-9/0-3</b>	<b>95,34</b>	<b>15,72-</b>

**Tabla 14. Estimación de riesgo de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes con 4-5, 6-7, 8-9 síntomas físicos frente a los pacientes con 0-3 síntomas.**

En las Tablas 15 y 16 se muestran los síntomas físicos en cualquier trastorno depresivo sin comorbilidad de ansiedad, de cualquier trastorno de ansiedad sin comorbilidad depresiva, en los pacientes con comorbilidad de ansiedad y depresión y en los pacientes del grupo comparación. En la Tabla 16 se resumen los datos: la media de síntomas somáticos en los pacientes del grupo de comparación es de 3,3, en los pacientes con depresión es de 5,7, en los pacientes con ansiedad de 6,9 y en los pacientes con comorbilidad ansioso depresiva es de 8,25. En los 4 grupos la desviación típica está en torno a los 2,5 y la mediana de los 4 grupos, en el mismo orden que se ha descrito anteriormente es de 3, 5, 7 y 8.

Las Figuras 12 y 13 muestran las gráficas de la distribución. En la figura 12 se observa el número de síntomas somáticos que presentan estos pacientes, la media, desviación típica, máximo y mínimo, apreciándose como en el grupo de comparación es muy inferior al resto de diagnósticos, le siguen los pacientes con Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y mucho más elevado en el grupo de comorbilidad.

Se objetiva diferencia entre el grupo de comparación y los demás diagnósticos ( $p < 0,005$ ), además hay diferencia ( $p < 0,005$ ) entre el grupo de depresión y el de ansiedad con el de comorbilidad, pero no existe diferencia ( $p > 0,005$ ) entre el grupo de ansiedad con el de depresión.

Suma de síntomas somáticos	Control		Sólo Depresión		Sólo Ansiedad		Comorbilidad Depresión-Ansiedad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	34	11,3	1	0,8	0	0	0	0
1	45	14,9	3	2,5	0	0	0	0
2	50	16,6	5	4,2	2	9,1	0	0
3	50	16,6	14	11,7	0	0	2	2,4
4	30	9,9	1	15,8	2	9,1	4	4,8
5	42	13,9	23	19,2	3	13,6	4	4,8
6	15	5,0	11	9,2	4	18,2	11	13,3
7	23	7,6	14	11,7	0	0	12	14,5
8	6	2,0	15	12,5	4	18,2	12	14,5
9	4	1,3	6	5,0	3	13,6	14	16,9
10	1	0,3	3	2,5	3	13,6	8	9,6
11	1	0,3	3	2,5	1	4,5	8	9,6
12	1	0,3	3	2,5	0	0	4	4,8
13	0	0	0	0	0	0	2	2,4
14	0	0	0	0	0	0	1	1,2
15	0	0	0	0	0	0	1	1,2
<b>Total</b>	<b>302</b>		<b>120</b>		<b>22</b>		<b>83</b>	

**Tabla 15. Suma de síntomas somáticos en Depresión, Ansiedad y Comorbilidad**

	n	MEDIA	DESV TÍPICA	MIN	MAX	PERCENTILES		
						25	50	75
<b>CONTROL</b>	<b>302</b>	<b>3,29</b>	<b>2,376</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>3,00</b>	<b>5,00</b>
<b>Sólo Depresión</b>	<b>120</b>	<b>5,69</b>	<b>2,533</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>	<b>7,00</b>
<b>Sólo Ansiedad</b>	<b>22</b>	<b>6,86</b>	<b>2,606</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>5,00</b>	<b>7,00</b>	<b>9,00</b>
<b>Ansiedad + Depresión</b>	<b>83</b>	<b>8,25</b>	<b>2,513</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>6,00</b>	<b>8,00</b>	<b>10,00</b>

**Tabla 16. Suma de síntomas somáticos en Trastornos depresivos, de ansiedad y comorbilidad**

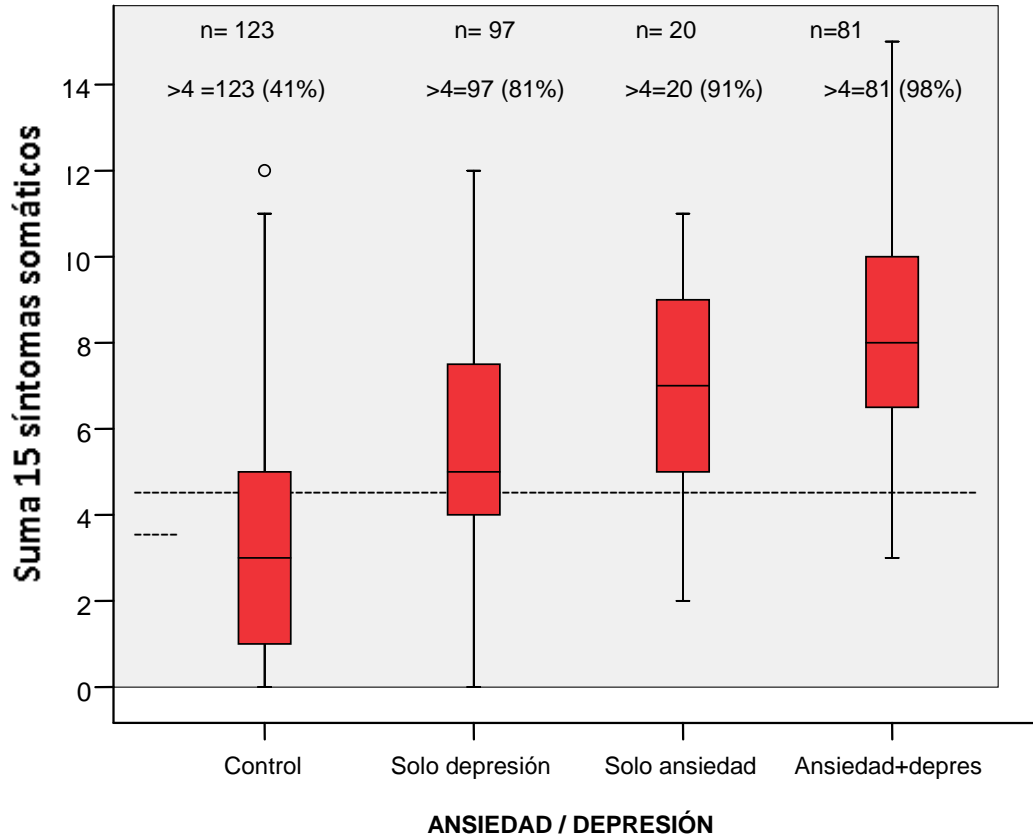


Figura 12. Media, desviación típica, máximo y mínimo del número de síntomas somáticos en depresión, ansiedad, comorbilidad y grupo control

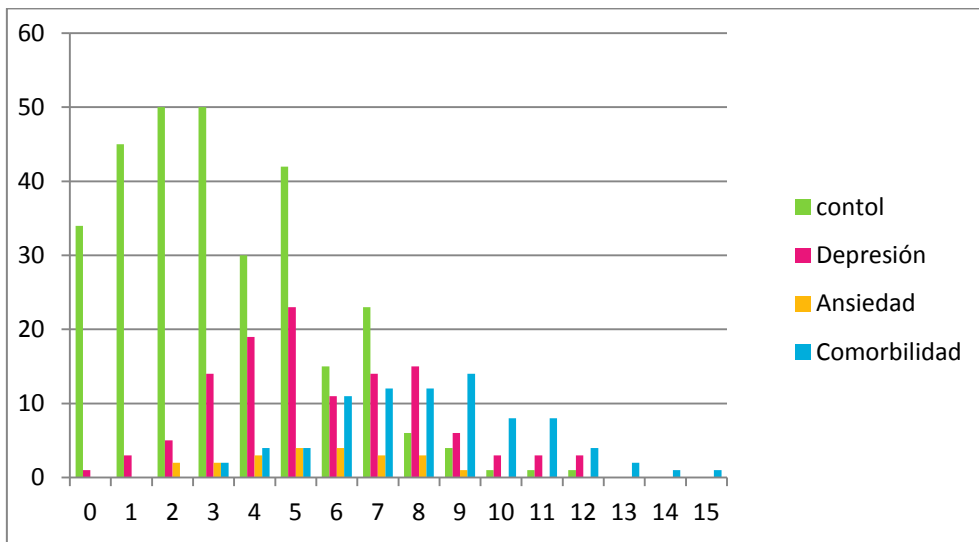
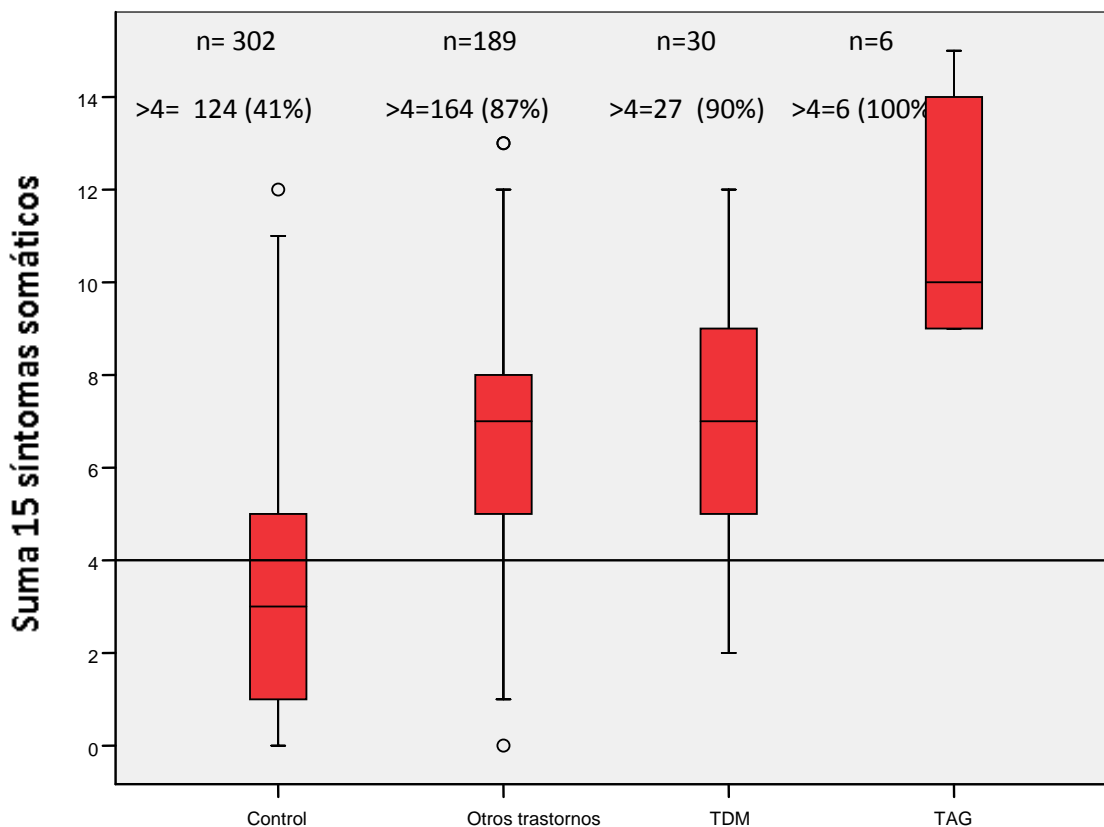


Figura 13. Representación gráfica del número de síntomas somáticos en el grupo de comparación y en los pacientes con depresión, ansiedad y comorbilidad.

	n	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Control	302	3,3	2,4	0	12
Otros trastornos	189	6,6	2,7	0	13
TDM	30	6,5	2,6	2	12
TAG	6	11,7	2,7	9	15
Total	527	4,8	3,1	0	15

**Tabla 17. Suma de síntomas somáticos en los diagnósticos Trastorno depresivo mayor puro, Trastorno de ansiedad generalizado puro, otros trastornos depresivos o de ansiedad y grupo de comparación**



**Figura 14. Media, desviación típica, máximo y mínimo del número de síntomas somáticos en trastorno depresivo mayor aislado, trastorno de ansiedad generalizado aislado, comorbilidad y grupo control**

En la Tabla 17 se muestra la media, desviación típica, máximo y mínimo de los síntomas somáticos en los diagnósticos Trastorno depresivo mayor puro, Trastorno de ansiedad generalizado puro, otros trastornos depresivos o de ansiedad y grupo de comparación. Se representa gráficamente en la figura 14, donde además se representa la línea de 4 síntomas somáticos. Los síntomas somáticos se presentan con menor frecuencia ( $p < 0,005$ ) en el grupo de comparación que en los otros tres grupos. El grupo de otros trastornos depresivos o de ansiedad se comporta de diferente forma que el grupo de ansiedad generalizada y con el grupo control ( $p < 0,005$ ), pero no con el grupo de depresión mayor ( $p > 0,005$ ). El Grupo depresión mayor presenta diferencias con el grupo de ansiedad generalizada y con el grupo control ( $p < 0,005$ ). Y finalmente el grupo de ansiedad generalizada presenta diferencias con los otros tres grupos ( $p < 0,005$ ).

De igual forma se ha estudiado la distribución de síntomas somáticos en dos grupos, 3 o menos y 4 o más en las poblaciones de pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor puro, de trastorno de ansiedad generalizada puro, de pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico depresivo o de ansiedad, incluido comorbilidad y el grupo control. Se aprecia diferencia ( $p < 0,001$ ) entre el grupo de comparación y los demás grupos. Se han comparado estas mismas poblaciones, excluyendo el grupo de comparación, es decir, entre los grupos de pacientes únicamente, y en este caso no se encuentran diferencias ( $p = 0,601$ ). Hay que tener en cuenta que la muestra es muy pequeña, ya que el número de pacientes con un trastorno de ansiedad generalizado puro es tan solo de 6 pacientes.

<b>Síntomas somáticos</b>	<b>Atribución somática</b>	<b>Atribución psíquica</b>	<b>Atribución mixta</b>	<b>NS/NC</b>	<b>Total pacientes</b>
<b>Dolor de estómago</b>	<b>37.0</b>	<b>24.4</b>	<b>11.8</b>	<b>27.0</b>	<b>119</b>
<b>Dolor espalda</b>	<b>62.9</b>	<b>5.3</b>	<b>8.1</b>	<b>23.7</b>	<b>283</b>
<b>Dolor brazos / piernas</b>	<b>65.6</b>	<b>4.0</b>	<b>3.6</b>	<b>26.8</b>	<b>276</b>
<b>Dolor regla</b>	<b>43.4</b>	<b>1.2</b>	<b>0</b>	<b>55.4</b>	<b>83</b>
<b>Dolor acto sexual</b>	<b>41.7</b>	<b>16.7</b>	<b>3.3</b>	<b>38.3</b>	<b>60</b>
<b>Dolor de cabeza</b>	<b>35.7</b>	<b>20.2</b>	<b>9.4</b>	<b>34.7</b>	<b>213</b>
<b>Dolor de pecho</b>	<b>38.7</b>	<b>30</b>	<b>2.5</b>	<b>28.7</b>	<b>80</b>
<b>Mareos</b>	<b>47.6</b>	<b>6.3</b>	<b>4.0</b>	<b>42.1</b>	<b>126</b>
<b>Episodios desmayo</b>	<b>44.4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>55.6</b>	<b>9</b>
<b>Palpitaciones</b>	<b>21.5</b>	<b>44.3</b>	<b>3.2</b>	<b>31.0</b>	<b>158</b>
<b>Falta de aire</b>	<b>30.6</b>	<b>41.7</b>	<b>6.9</b>	<b>20.8</b>	<b>144</b>
<b>Estreñimiento/ diarrea</b>	<b>37.2</b>	<b>12.8</b>	<b>2.8</b>	<b>47.2</b>	<b>180</b>
<b>Nauseas/ gases</b>	<b>40.4</b>	<b>10.1</b>	<b>8.6</b>	<b>40.9</b>	<b>198</b>
<b>Cansancio</b>	<b>35.8</b>	<b>16.3</b>	<b>9.2</b>	<b>38.6</b>	<b>324</b>
<b>Trastornos sueño</b>	<b>14.7</b>	<b>34.4</b>	<b>5.4</b>	<b>45.6</b>	<b>259</b>

**Tabla 18. Atribución causal de síntomas somáticos**

Se preguntó a los pacientes sobre la atribución causal de los síntomas físicos, dándose la opción de una causa somática (“del cuerpo”), una causa psíquica (“de los nervios”) o una causa mixta. Puede apreciarse en la Tabla 18 que un porcentaje importante de pacientes dicen que no saben o no contestan el origen del síntoma somático. En algunos síntomas esto ocurre en torno al 50%, destacando sobre todo el dolor menstrual y los episodios de desmayo; seguido con cifras cercanas de las dificultades para dormir, el cansancio, los trastornos digestivos y los mareos. En la mayoría de síntomas hay una mayor atribución causal somática. Los síntomas dolorosos son los que tienen una mayor atribución somática, también los

mareos, los episodios de desmayo y las náuseas. Menos síntomas tienen una atribución psíquica. Destacan las palpitaciones y la falta de aire, y algo menos las dificultades para dormir, el dolor de pecho o el dolor de estómago. Es destacable que hasta en un 44% de los pacientes que señalan sensación de que el corazón late más fuerte o más aprisa, lo atribuye a una causa psicológica, y lo mismo sucede con el 41% de pacientes que refieren sensación de falta de aire. Aunque los síntomas dolorosos se atribuyen más a una causa somática, el dolor de pecho (30%), el dolor de cabeza (20%) y el dolor de estómago (24%) tienen una alta atribución psicológica. La atribución mixta la señalan menos pacientes como causa de sus síntomas.

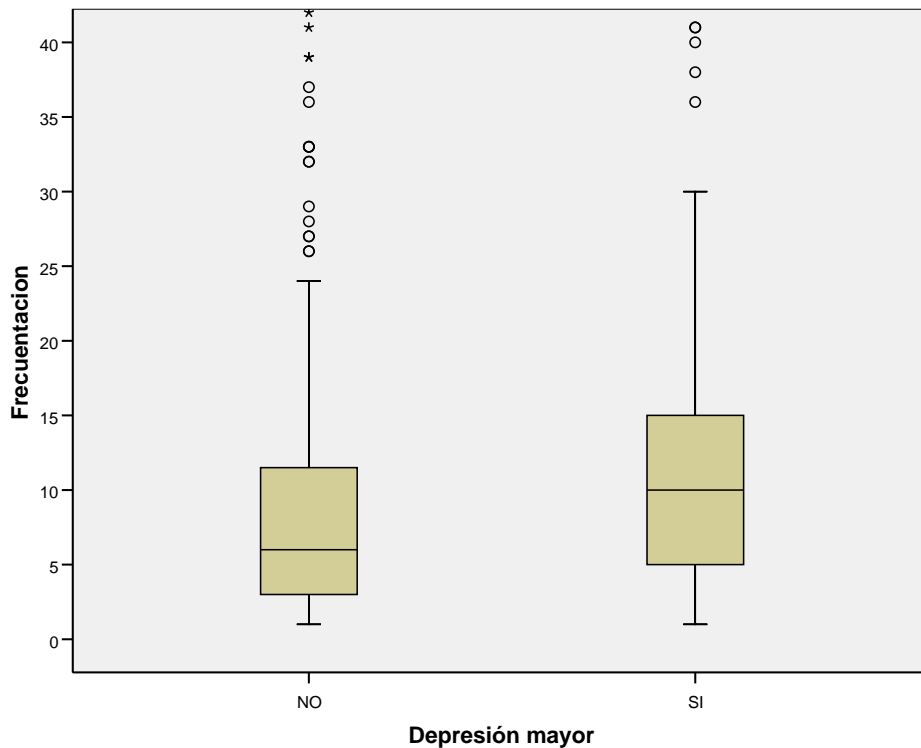
Otras variables que se han estudiado son la frecuentación y el índice acumulativo de enfermedad (Tabla 19). Se ha calculado la frecuentación como el número de consultas que han realizado los pacientes al centro de salud en el último año. Únicamente se han tenido en cuenta las consultas en el Centro de Salud, sin tener en cuenta las consultas en otros niveles asistenciales o en otras consultas fuera del Sistema Nacional de Salud. Esta medida se extrae del programa informático de gestión de consulta de atención primaria OMI-AP. En la población total de la muestra la frecuentación ha sido de 9,3 consultas/año. En la población del grupo de comparación esta cifra es de 8,4. En los pacientes con trastorno de pánico la cifra es de 11,8. En los pacientes con trastorno depresivo mayor la cifra se eleva a 12,1, en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada asciende a 14,2 y en los pacientes con comorbilidad de ambos trastornos es aún mayor, llegando a 15,6. Se ha encontrado que la frecuentación es diferente ( $p < 0,005$ ) en el grupo de pacientes con trastorno depresivo frente a los que no tienen ese diagnóstico y en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada frente a los que no lo tienen. Y no se ha encontrado diferencia ( $p = 0,229$ ) en el trastorno de pánico. En la figura 12 se representa gráficamente la frecuentación en los pacientes con trastorno depresivo mayor y en los pacientes sin este diagnóstico.

En la figura 15 se representa gráficamente la frecuentación en trastorno depresivo mayor frente a los pacientes sin ese diagnóstico.

	<b>TDM</b>	<b>TAG</b>	<b>TDM+TAG</b>	<b>PANICO</b>	<b>COMPARACIÓN</b>
<b>Frecuentación</b>	<b>12.1</b>	<b>14.2</b>	<b>15.6</b>	<b>11,8</b>	<b>8.36</b>
<b>Indic Acum Enferm</b>	<b>2.5</b>	<b>2.5</b>	<b>2.4</b>	<b>2.5</b>	<b>2.09</b>

**Tabla 19. Resumen de resultados de Frecuentación e índice acumulativo de enfermedad**





**Figura 15. Frecuentación en depresión mayor**

El otro índice cuantitativo estudiado es el índice acumulativo de enfermedad (Tabla 19). Se ha tratado de valorar si existen diferencias de enfermedad somática entre los pacientes incluidos en la muestra en los diferentes diagnósticos psiquiátricos y el grupo de comparación, mediante un índice cuantitativo: el índice acumulativo de enfermedad. El resultado de este índice es una media de 2,5 en trastorno depresivo mayor, en trastorno de ansiedad generalizada y en trastorno de pánico, de 2,4 en la comorbilidad trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, de 2,1 en la población control y de 2,2 en la población total de la muestra. No se han encontrado diferencias entre ninguno de los grupos ( $p > 0,005$ ).

Finalmente se ha valorado la percepción subjetiva del nivel de salud por parte de los pacientes. Es destacable el buen nivel de salud subjetivo de la población que consulta en AP en la consulta estudiada, ya que el 71 % califica su salud de excelente a buena y el 29% de regular o mala, y de este 29% el 22% la considera regular y sólo el 6% mala. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, la valoración del estado de salud percibida por la población total era de muy buena o buena en el 70% (75% en los varones y 65% en las mujeres), y regular, mala o muy mala en el 30%. En esta misma encuesta, en la Comunidad de Madrid, los datos eran del 73% en el caso de valoración positiva de la salud y del 27% en el caso de valoración negativa (194).

En la Encuesta Regional de Salud 2007 en la Comunidad de Madrid, los datos que se registraron en el Area 2, a la que pertenecía el centro de salud Lagasca en ese momento, los datos eran de salud muy buena o buena en el 78,2% y de regular, mala o muy mala en el 21,8% (195).

Puede observarse que los resultados que se han obtenido en el estudio en el Centro de Salud son superponibles a los de la población general que se obtuvieron en las Encuestas de Salud citadas.

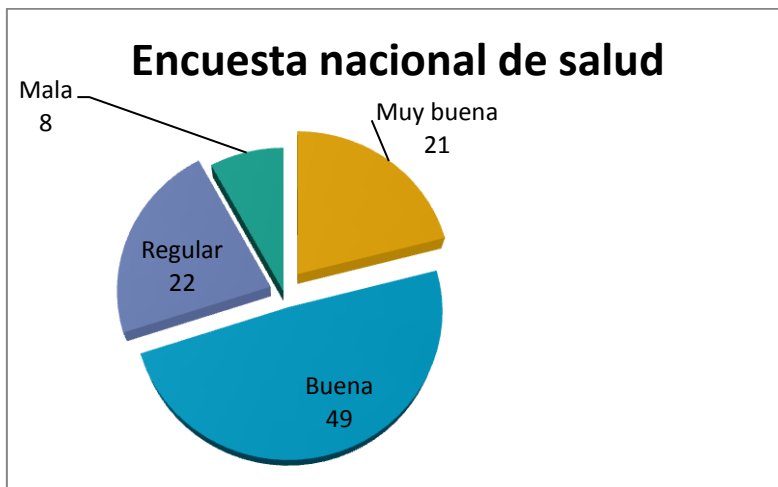


Figura 16. Encuesta Nacional de Salud. Valoración de la Salud percibida.

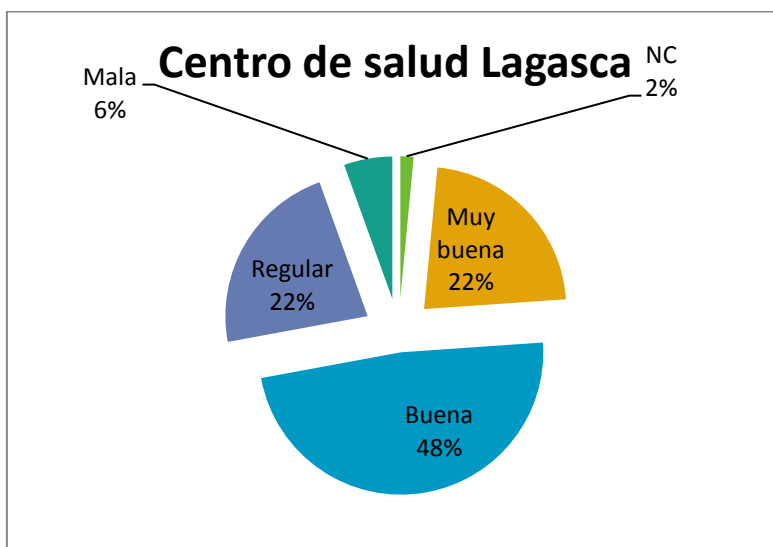
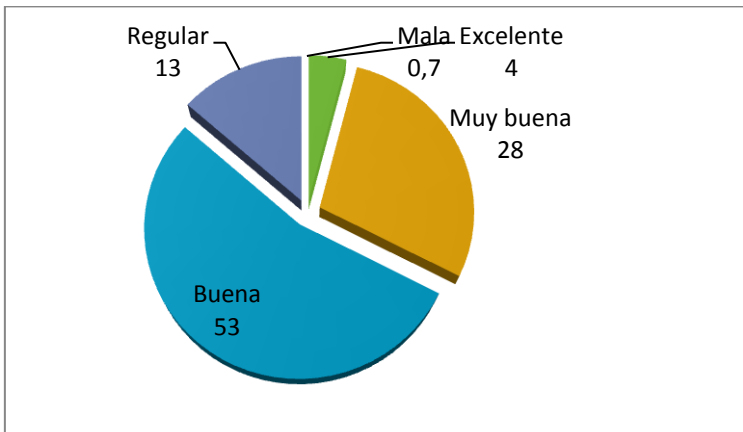
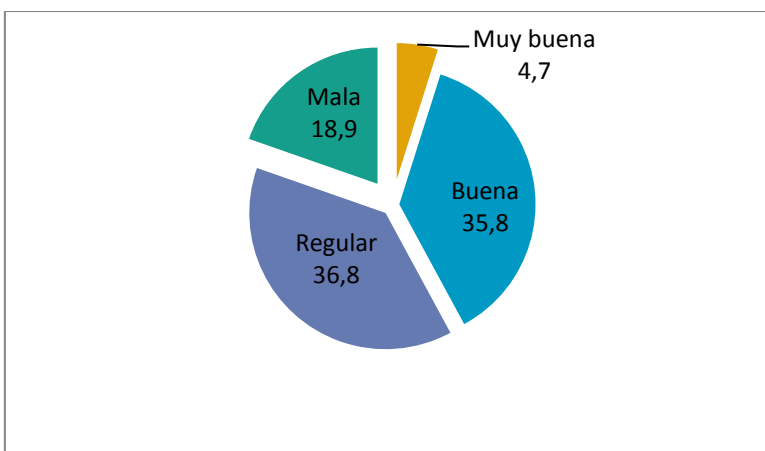


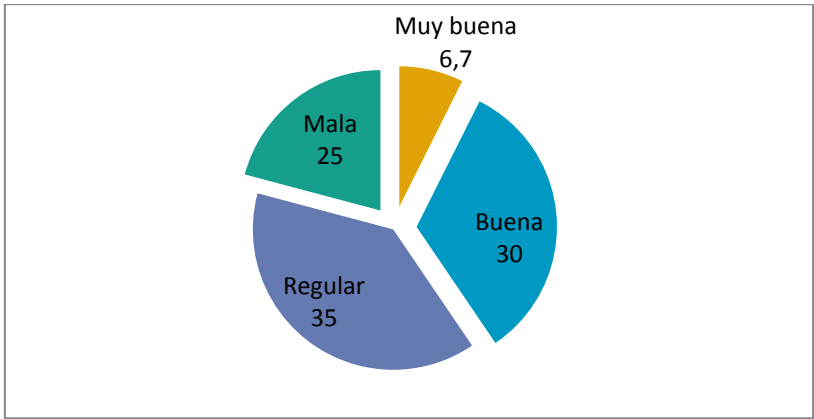
Figura 17. Centro de Salud Lagasca. Valoración de la Salud percibida.



**Figura 18. Valoración de la salud percibida. Centro de Salud Lagasca. Pacientes del grupo de comparación**



**Figura 19. Valoración de la salud percibida. Centro de Salud Lagasca. Pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor**



**Figura 20. Valoración de la salud percibida. Centro de Salud Lagasca. Pacientes con diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada**

En las Figuras 18, 19 y 20 se puede apreciar como la salud percibida por los pacientes es peor en aquellos que presentan diagnóstico de trastorno depresivo o de trastorno de ansiedad. Mientras que en el grupo de comparación la valoración de salud es buena o muy buena en el 85 %, en los pacientes depresivos lo es en el 40 % y en los trastornos de ansiedad en el 37 %. En el primer grupo la valoración general de salud es regular o mala en el 14 % de los pacientes y en los otros dos grupos es del 56 % y del 60 % respectivamente.

## DISCUSIÓN

El estudio se realizó sobre una **muestra** de población asignada a un cupo de Medicina General del centro de salud Lagasca, ubicado en el centro de Madrid. Esto determina unas características particulares de la muestra, fundamentalmente dos: el envejecimiento de la población y su elevado nivel sociocultural. En cuanto a la edad, se ha limitado el estudio a adultos menores de 70 años, y la muestra presenta una edad media de 47,5, con una mediana de 50 y una moda de 65 años.

La distribución de edad de la población y de la muestra es parecida. Tiene una distribución porcentual igual en los grupos de edad entre los 18 y los 30 años, algo menor en la muestra que en la población en los grupos de edad de 30 a 50 años y algo mayor en la muestra que en la población en los grupos de más de 50 años. Por tanto los pacientes mayores de 50 años están más representados en la muestra (50 % en la muestra frente a 42,4 % en la población de referencia) y, los menores de 50 años están menos representados en la muestra (36 % en la muestra frente a 44 % en la población de referencia).

La distribución por sexo ha sido de 64% mujeres y 36% hombres (68 % / 32 % en el trastorno depresivo, de 70 % / 30 % en el trastorno de ansiedad generalizada y de 60 % / 41 % en la población sin trastorno psiquiátrico). Estas diferencias ya se han encontrado en otros estudios previos **(48) (49) (33)**, de manera que el sexo femenino está más representado, parece que acude más a la consulta, y los trastornos depresivos y de ansiedad son más frecuentes que en el sexo masculino.

Se aprecia una proporción mayor de personas que viven solas en el grupo de trastorno depresivo mayor (30%) que en los grupos de trastorno de ansiedad generalizada, comorbilidad y grupo control (cifras entre el 15 y el 18 % en los tres grupos). En el grupo de trastorno depresivo mayor también hay una proporción mayor de personas separadas (18% frente a 8 – 11 % en los otros grupos). No se ven diferencias en el grupo de solteros, casados o viudos.

Una característica importante es la elevada proporción de personas con un nivel de educación elevado. El 55% tienen estudios superiores y el 27 % estudios de grado medio. Esta característica de la muestra podría estar en relación con la ubicación del centro de salud, ya que al estar situado en el centro de Madrid atiende a una población con un elevado nivel socio-económico. Un trabajo de Kroenke y cols. publicado en 2002 **(99)**, tiene un 54% de personas con estudios Universitarios, y una edad media de 46 años, y una proporción de mujeres del 66 %, es decir presenta unas características muy similares a la que presentamos en nuestro estudio.

El primer resultado que se discute es la elevada **tasa de trastornos mentales** entre los pacientes que acuden, por cualquier motivo, a la consulta del médico de atención primaria de salud en nuestra muestra. De los 527 pacientes que componen la muestra, 228 presentan criterios de algún problema mental medido con el cuestionario Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD®), lo que representa el 43,3 % de los pacientes incluidos en el estudio. Estas cifras están en consonancia con las que dan otros autores que han utilizado metodologías parecidas. Así, utilizando también el cuestionario PRIME-MD®, Spitzer y cols. **(11)** encuentran un trastorno psiquiátrico en el 39% de los pacientes. Caballero y cols. **(12)** con el cuestionario PRIME-MD® da el 53,5% de prevalencia y con el cuestionario SCAN identifican patología mental en el 41,3%. Anseau y cols. **(13)** encuentran una prevalencia del 42,5 % y finalmente Roca y cols. **(14)** en un estudio publicado en 2009 encuentra el 53,6 %. Se trata de una prevalencia elevada en nuestra población, como se describe en otros estudios, y similar a las que presentan otros autores.

Los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes que los trastornos de ansiedad (38,5 % / 19,7 %). El trastorno depresivo mayor es el trastorno más frecuente (20,1 %), seguido del trastorno depresivo menor (12,9 %) y el trastorno de ansiedad generalizado (11,4 %). La distimia (8,9 %) y el trastorno de pánico (3,8 %) se presentan con menor frecuencia.

Se evidencia una **comorbilidad** importante entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Así, encontramos que en los trastornos del estado de ánimo el 40,7 % presenta comorbilidad con un trastorno de ansiedad, y en el trastorno depresivo mayor, el 41,5 % presenta comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada. En los trastornos de ansiedad, el 79 % presenta comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo y en el trastorno de ansiedad generalizada, el 73 % presenta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor.

Otros trabajos anteriores encuentran cifras de prevalencia de depresión en niveles parecidos a los que encontramos en nuestro estudio. Así encontramos tasas de prevalencia de trastorno depresivo mayor más bajas como las que encuentran Caballero y cols, 14% **(25)**, Aragonés y cols. 14,3% **(28)**, también Aragonès y cols. 16,8% **(29)** y Kessler y cols. 16,2% **(30)**. Anseau y cols. **(13)** encuentran cifras de trastorno depresivo mayor del 13,9% y cifras de trastornos del estado de ánimo más elevadas, dando un 31%. En España, en un área de salud urbana de Barcelona Gabarrón y cols, encuentran una prevalencia para trastorno depresivo de 20,2% **(33)**. Las cifras más altas las encontramos en el estudio de Roca y cols. **(14)** del 29%.

En los trastornos de ansiedad encontramos también unas cifras de prevalencia parecidas. En nuestro estudio encontramos una prevalencia de trastornos de ansiedad de 19,7%, cifra similar al 19,5%, por ejemplo, que da Kroenke y cols. **(42)**.

En cuanto a la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada, en general encontramos tasas más bajas a las que encontramos en nuestro estudio, así Goldberg en el Estudio de la OMS Psychological Problems in General Health Care **(27)** da una tasa de 7,9%, Kroenke y cols. **(42)** de 7,6% , y Chocrón y cols. **(43)** de 7,3%. La prevalencia más alta de trastorno de ansiedad generalizada la citan Romera y cols. **(44)** en un reciente artículo con una tasa del 14%. Y la cifra que más concuerda con la de nuestro trabajo es la que dan Roca y cols. **(14)** con una tasa de trastorno de ansiedad generalizada del 11,7% (en nuestro estudio es del

11,4%). En el ámbito de la salud mental, Caballero y cols, en un reciente artículo dan una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada de 13,7% **(47)**. La población atendida en los servicios de salud mental es una población seleccionada y las tasas de prevalencia de los trastornos mentales debe de ser más elevada que las tasas encontradas en atención primaria.

En nuestro estudio la cifra de prevalencia de trastorno de pánico es del 3,8%, cifra similar a la encontrada por Chocrón y cols. **(43)** del 3%; superior a la encontrada por Goldberg y cols. **(27)** 1,3%; e inferior a la encontrada por otros autores como Kroenke **(42)** 6,8%, Barsky y cols. **(45)** 6,7-8,3 y Rush y cols. **(46)** 11%.

La comorbilidad Ansiedad- Depresión en nuestra muestra es muy elevada (del 20% de trastornos de ansiedad, algo más de 4% corresponde a los trastornos puros y casi 16% son trastornos comórbidos con un trastorno depresivo). El 79% de los casos de ansiedad presentan comorbilidad con un trastorno depresivo. Esta cifra es superior a la que encuentran Romera y cols. **(44)** con un 57% de cuadros de ansiedad comórbidos. Esta comorbilidad podría explicar la diferencia en las cifras de prevalencia en los diferentes estudios, ya que en nuestro medio los trastornos de depresión y de ansiedad estarían muy interrelacionados y son definidos por criterios de diagnóstico que se superponen parcialmente, apoyando las teorías de algunos autores para crear un constructo único que uniera ambos diagnósticos **(161)**.

Los **síntomas físicos** son muy frecuentes en la población general y representan la mayoría de las visitas ambulatorias **(78)**. Nuestros resultados, al igual que los de los estudios revisados, sugieren que los síntomas somáticos son un componente esencial de los síndromes depresivos y de ansiedad. Estudiar la relación de los síntomas somáticos y la depresión o la ansiedad parece esencial para mejorar el conocimiento de estos trastornos en el entorno de la atención primaria y un camino para evitar el infra diagnóstico y por tanto infra tratamiento de estos procesos.

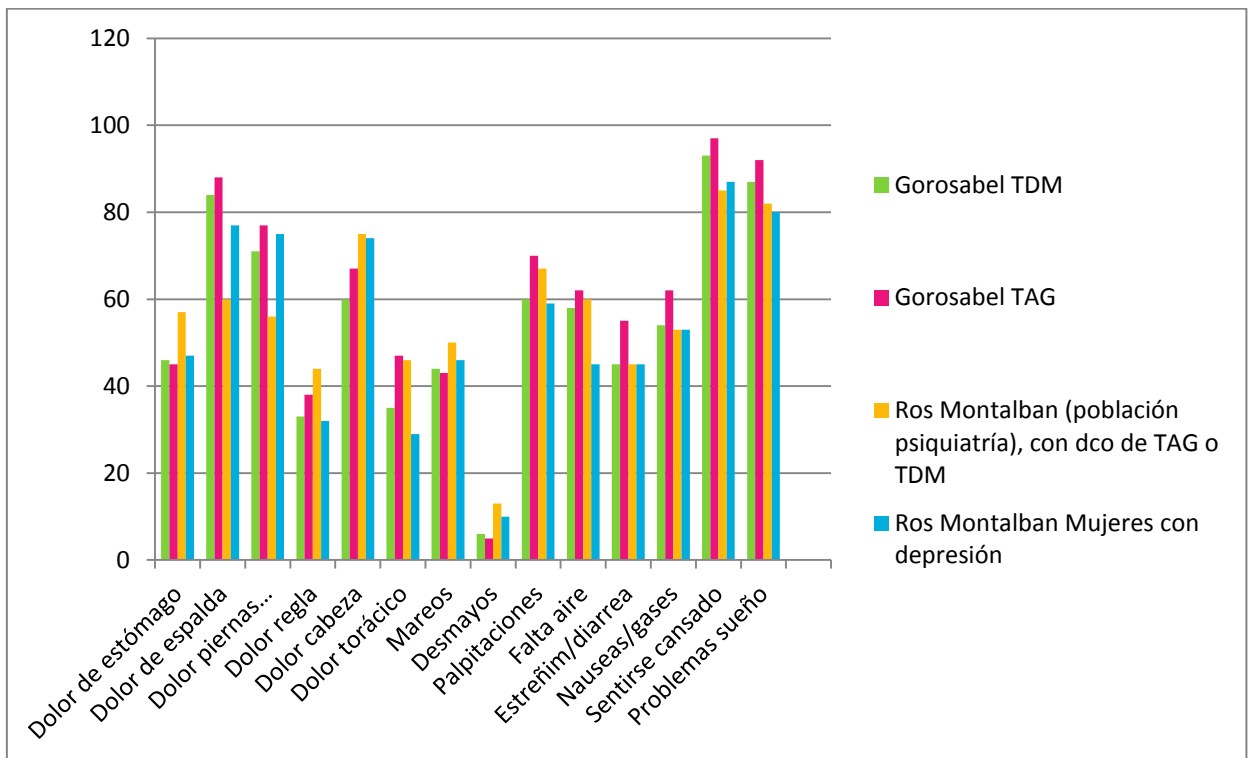
El 93,4 % de las personas de la muestra presentan al menos un síntoma somático. El síntoma más frecuente es el cansancio (61,5 %), seguido por síntomas dolorosos (dolor de espalda 54 %, dolor de brazos, piernas o articulaciones 52 % y dolor de cabeza 40 %), trastornos del sueño (49 %); cifras similares a las obtenidas por Kroenke y cols. **(78)**, que con una muestra muy parecida a la de este estudio encuentran una prevalencia de fatiga y dolor de miembros por encima del 60 % y de insomnio del 50%.

Los síntomas somáticos son muy frecuentes tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno de ansiedad generalizado. En ambos trastornos el síntoma más frecuente es el cansancio que lo presenta más del 90 % de los pacientes, seguido de los trastornos del sueño y síntomas dolorosos diversos. Casi todos los síntomas se presentan con una frecuencia superior al 50 %. Siendo el episodio de desmayo el síntoma más infrecuente (5 %) y el dolor o dificultad en el acto sexual (20%).

En los trastornos depresivos considerados globalmente, es decir, los pacientes con cualquier trastorno depresivo, sin comorbilidad de ningún trastorno de ansiedad, y de igual forma en cualquier trastorno de ansiedad sin comorbilidad depresiva, la prevalencia de los síntomas somáticos es menor que en los trastornos depresión mayor y ansiedad generalizada. Sin embargo la prevalencia asciende mucho en el grupo de comorbilidad ansiedad / depresión.

Por ejemplo en el dolor de espalda, la prevalencia de dolor de espalda en los trastornos depresivos es de 62%, en los trastornos de ansiedad de 59% y en la comorbilidad de 87%, o en el dolor de pecho 16 %, 27% y 41% respectivamente.

La participación de cada uno de los síntomas físicos en la detección de la depresión en atención primaria ha sido estudiada pocas veces. En un estudio realizado en consulta de salud mental en España con pacientes con diagnósticos de depresión y de ansiedad, Ros Montalban y cols. presentan la distribución de síntomas físicos en los pacientes con este diagnóstico (122). El mismo autor hace lo mismo en mujeres de mediana edad atendidas en atención primaria (123). En el gráfico 1 se muestra una distribución muy parecida del porcentaje de pacientes que presenta cada síntoma físico en los cuatro grupos: la población con diagnósticos de trastorno depresivo mayor y de trastorno de ansiedad generalizada de nuestro trabajo y las de los dos trabajos de Ros Montalban, pacientes de salud mental con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo mayor y mujeres de atención primaria con depresión. Comparando la población con trastorno depresivo mayor de este estudio y la del trabajo de Ros Montalban en mujeres con depresión en atención primaria, se aprecian unas cifras similares en la mayoría de los síntomas.





En el estudio DEPRESS II de Tylee y cols. **(108)**, dos de los tres síntomas más comunes en un episodio depresivo son somáticos, el cansancio (73%) y los trastornos del sueño (63%); en nuestro estudio estos dos síntomas son más frecuentes, con una prevalencia de 93,4% y 86,8% respectivamente, sólo superados por sentirse decaído, o deprimido y la falta interés o placer, que por otra parte son criterios necesarios en el cuestionario PRIME-MD para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Los síntomas somáticos dolorosos son también muy frecuentes. Así como Bair y cols. **(129)**, encuentran una prevalencia de síntomas somáticos dolorosos del 65% entre los pacientes con trastorno depresivo mayor, nosotros encontramos que estos síntomas tienen una prevalencia más alta. El más frecuente es el dolor de espalda (84% de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y el 88% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada). Siguen en frecuencia el dolor de brazos, piernas y articulaciones (70,8%). Y los síntomas dolorosos menos frecuentes son el dolor menstrual y el dolor de pecho (35%).

En un reciente estudio de Romera y cols. **(44)** concluyen que los síntomas somáticos dolorosos eran dos veces más prevalentes en pacientes con trastorno de ansiedad que en el grupo de comparación. En nuestro estudio esto también ocurre para la mayoría de los síntomas dolorosos, por ejemplo para el dolor de espalda, dolor de piernas brazos y articulaciones y dolor de cabeza, que son dos veces más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada frente al grupo sin ningún diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo el dolor de estómago que es algo más de 4 veces más frecuente en los pacientes con diagnóstico de depresión o de ansiedad y el dolor de pecho que es 5 veces más frecuente en los pacientes con diagnóstico de depresión y casi 7 veces en los pacientes con diagnóstico de ansiedad.

Todos los síntomas somáticos se presentan con una frecuencia superior en el grupo de pacientes depresivos que en el grupo de comparación ( $p < 0.001$ ), excepto en el dolor menstrual y los episodios de desmayo, probablemente debido al tamaño de la muestra. Esto sucede tanto en el grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor, en el grupo de cualquier trastorno depresivo y en el grupo de trastorno depresivo mayor sin ninguna comorbilidad.

Al igual que sucede con los trastornos depresivos, los síntomas somáticos se presentan con más frecuencia en los trastornos de ansiedad que en el grupo control ( $p < 0.001$ ), excepto el dolor menstrual y los episodios de desmayo, y esto sucede tanto en el grupo de pacientes diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizado, en el grupo de cualquier trastorno de ansiedad y en grupo de trastorno de ansiedad generalizado sin ninguna comorbilidad.

De los 15 síntomas somáticos estudiados el riesgo relativo más elevado para depresión lo tiene el cansancio (RR= 12,4), trastornos del sueño (RR= 10) y episodios de desmayo (RR= 8,3). Presentan también un riesgo relativo alto para depresión las palpitaciones (RR= 5,3) y la sensación de falta de aire (RR= 5,9). Entre los síntomas dolorosos destacan el dolor de espalda (RR = 6,1), el dolor de pecho (RR= 4,7) y el dolor de estómago (RR= 4,4). El resto de síntomas dolorosos tienen un RR en torno a 2. En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada el mayor riesgo relativo también lo presentan el cansancio (RR= 22,1) y los trastornos de sueño (RR= 14,2). Un riesgo relativo por encima de 7 lo presentan las palpitaciones (RR= 7), el dolor de

pecho (RR= 7,3) y el dolor de espalda (RR= 7,8). El resto de síntomas dolorosos presentan un riesgo para trastorno de ansiedad generalizada de aproximadamente 3. En atención primaria, los pacientes que presentan síntomas como la astenia o los trastornos de sueño presentan un riesgo de trastorno depresivo o de ansiedad muy elevado que obliga a tomar las medidas clínicas oportunas. Igual sucede con otros síntomas muy frecuentes en la práctica clínica como las palpitaciones, la sensación de falta de aire, el dolor de pecho, el dolor de espalda o el dolor de estómago.

Se han encontrado algunas diferencias entre los síntomas somáticos que se asocian genéricamente a los trastornos de ansiedad y a los trastornos depresivos cuando no son comórbidos. Estadísticamente la cefalea, el dolor de estómago y el dolor de pecho, las palpitaciones, la sensación de falta de aire, náuseas y gases, alteraciones del ritmo intestinal e insomnio parecen asociarse más frecuentemente a la ansiedad. Otros dolores, como los de espalda y extremidades o el cansancio parecen asociarse más frecuentemente a la depresión.

Es probable que con una muestra de mayor tamaño estas y otras diferencias pudieran apreciarse de un modo más claro.

Para algunos autores el tipo específico de síntomas no es particularmente importante en términos de predicción de depresión o ansiedad, sin embargo el número de síntomas sí **(61, 139, 166)**. Cuanto mayor sea el número de síntomas somáticos, mayor será la probabilidad de que una persona tenga depresión **(61) (64) (78) (137) (139)**. En este estudio el riesgo de depresión mayor en los pacientes con 4-5 síntomas somáticos frente a los que tienen tres o menos síntomas es de 7, que aumenta a 16 entre los que tienen 6 o 7 síntomas somáticos y a 67,5 entre los que tienen 8 o 9 síntomas somáticos. En el caso del trastorno de ansiedad generalizado el riesgo de sufrirla entre los que tienen 4 o 5 síntomas somáticos respecto a los que tienen 3 o menos es de 3,28; de 51,9 entre los que tienen 6 o 7 síntomas y a 95,3 entre los que tienen 8 o 9 síntomas somáticos. Van Boven y cols. (95) no justifican la detección sistemática de trastornos depresivos y de ansiedad en pacientes que presentan episodios de síntomas somatomorfos o de síntomas somáticos, a pesar de demostrar una relación estadísticamente significativa ya que el valor predictivo es bajo, por encontrar una baja prevalencia de esos trastornos en atención primaria. En el estudio presentado, sin embargo, se justifica la detección sistemática de trastornos depresivos y de ansiedad en los pacientes que presentan 4 o más síntomas somáticos.

También García-Campayo y cols. concluyen que el 57,3% de los pacientes con Trastorno depresivo en atención primaria tienen 4 o más síntomas somáticos no explicados totalmente por un origen orgánico y que los síntomas somáticos se asocian con una mayor gravedad de la depresión, la utilización de los recursos de salud y la disminución de la calidad de vida **(143)**; en nuestro estudio asciende al 95 % el número de pacientes con depresión mayor que presentan 4 o más síntomas físicos y al 98% en el caso de la ansiedad generalizada, mientras que en el grupo control el porcentaje de pacientes que presenta 4 o más síntomas somáticos es de 40%. Si consideramos todos los trastornos depresivos conjuntamente sin comorbilidad de ansiedad, el porcentaje de pacientes con 4 o más síntomas somáticos es de 81% y en el caso de los trastornos de ansiedad este porcentaje es de 91%.

Mussell y cols. **(125)** también han estudiado el número de síntomas somáticos, concluyendo que la prevalencia de niveles elevados de depresión y de ansiedad es más elevada en pacientes con síntomas del tracto gastrointestinal que en pacientes sin ellos. El riesgo de presentar TAG en pacientes con 1 síntoma es de 3.7, con dos síntomas de 6.5 y con tres síntomas de 7.2. Como hemos visto anteriormente, en nuestro estudio el dolor de estómago es 4 veces más frecuente entre los pacientes que presentan depresión o ansiedad que en el grupo control y los otros síntomas digestivos, náuseas, gases o indigestión y estreñimiento o diarrea son dos veces más frecuentes en el grupo de patología que en el control.

Katon y cols. encontraron que entre los pacientes más **frecuentadores**, el 80% cumplía criterios de un trastorno psiquiátrico pasado o actual, y el número medio de síntomas sin explicación médica era de ocho **(175)**. En nuestro estudio el número medio de síntomas en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor es de 7,9 (de 5,7 en el grupo de cualquier trastorno depresivo) y en el trastorno de ansiedad generalizado es de 8,6 (6,9 en el grupo de cualquier trastorno de ansiedad), mientras que en el grupo de comparación el número medio de síntomas es de 3,3.

En otros estudios también se han computado las **consecuencias relacionadas con la enfermedad y la asistencia sanitaria**. Hanel y cols. **(15)**, o De Waal y cols. **(166)** midieron el número de consultas en un año y encontraron una media de 7-10 frente a 5. Y En España, Sicras Mainar y cols. **(171)** obtienen resultado parecidos con unas cifras de 10,7 frente a 7,2 visitas médicas/paciente/año. En nuestro estudio se ha medido el número de consultas que los pacientes han hecho en un año en el centro de salud, y se ha encontrado que los pacientes con trastornos psiquiátricos hacen más consultas con su médico de familia que los pacientes que no tenían ningún trastornos psiquiátrico (pacientes con trastorno depresivo mayor 12 consultas, pacientes con trastorno de ansiedad generalizada 14 consultas, frente a 8 en el caso de los que no presentan ningún trastorno psiquiátrico). No se ha recogido el número de consultas que los pacientes han hecho en otros niveles asistenciales, consulta de psiquiatría, consultas de otras especialidades médicas o consultas en el sector privado por no tener un acceso fiable a esos datos. En este estudio hemos encontrado diferencias en la frecuentación de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y los pacientes con trastorno depresivo mayor frente a los pacientes del grupo de comparación, lo que apoya que estos pacientes presentan una sobrecarga asistencial en la atención primaria de salud, un aumento del tiempo de dedicación de los profesionales sanitarios y un aumento del gasto que ha sido identificado por otros autores **(168)**.

Se ha estudiado la **atribución causal** que el paciente hace de sus síntomas somáticos, según piensa que son producidos por un problema somático, por un problema psíquico o bien por ambos problemas. La atribución mixta tiene poca representación entre los pacientes; los pacientes dicen no saber a qué se deben sus síntomas en una proporción elevada (por ejemplo más del 50% en la dismenorrea y en los episodios de desmayo, y más del 40 % en el estreñimiento / diarrea, las náuseas, gases o indigestión y los trastornos de sueño). Una atribución somática preferente la tienen los síntomas de dolor de espalda, brazos y articulaciones (por encima del 60%), mientras que el dolor de estómago, dolor de cabeza y el dolor de pecho tienen una atribución somática menor (sobre el 35%), y una atribución psíquica

más importante (entre el 20 y el 30%). Mayor atribución psíquica que somática la tienen las palpitaciones, la sensación de falta de aire y los trastornos de sueño.

Estos resultados remiten a las preguntas clásicas que se deben hacer a los pacientes en la entrevista clínica: 1) ¿Qué le ocurre?; 2) ¿desde cuándo le ocurre? Y 3) ¿a qué lo atribuye? Probablemente esta última pregunta se olvida muchas veces e incluso ha desaparecido en algunos libros de semiología, pero parece importante para orientar el problema y puede hacer pensar en un origen no siempre somático para los síntomas físicos.

En cuanto a la valoración de la enfermedad somática se utilizó el Índice Acumulativo de Enfermedad. En la utilización de este cuestionario se han encontrado grandes dificultades ya que en atención primaria se produce una gran dispersión de la patología, afectando a todos los órganos y sistemas, gran parte de la patología es crónica y hay muchas consultas por enfermedades banales y motivos administrativos, así como repetición de consultas. Sería muy interesante desarrollar un índice adaptado a las características propias de la atención primaria que permitiera cuantificar la enfermedad somática para futuros estudios.

La valoración subjetiva del nivel de salud de la muestra estudiada es superponible a los datos obtenidos en la Encuesta Regional de la Comunidad de Madrid de 2007 y los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. En general el nivel de salud subjetivo es muy bueno, ya que el 71% califica su salud como buena o muy buena. Esta cifra es del 85 % en el grupo de comparación y desciende al 40 % en el grupo de depresión y al 37 % en el de ansiedad.

Existen varias **limitaciones** en este estudio.

1) La muestra se limitó a pacientes que asistían a una consulta de medicina general de un centro de salud concreto y por tanto los resultados no pueden extrapolarse a otras poblaciones.

2) Los pacientes fueron seleccionados sobre la base de sus visitas al médico de atención primaria y por tanto los resultados no pueden extrapolarse a la población general.

3) El universo muestral son las visitas consecutivas que los pacientes han realizado. Si hablamos de prevalencia nos tenemos que referir a la frecuencia con que un trastorno se presenta en los pacientes consecutivos en el ámbito de la atención y no a una verdadera prevalencia poblacional. Sin embargo, si tenemos en cuenta el origen de la muestra podemos interpretar los resultados dentro de una descripción de la realidad de la consulta, tal como se presenta en el quehacer diario de un médico de familia. El estudio pretende ser un estudio de lo que un médico de familia se encuentra a diario en la consulta y que pueda servir de base para futuros estudios que permitan un mejor entendimiento de la relación entre los síntomas somáticos y los trastornos de depresión y de ansiedad.

4) El diseño transversal del estudio y los instrumentos utilizados no permite abordar cuestiones importantes como la secuencia temporal en que ocurren los síntomas depresivos y

los síntomas somáticos, o la estabilidad del diagnóstico y no permiten establecer una relación causal entre síntomas somáticos y depresión.

## CONCLUSIONES

1. Los trastornos psíquicos comunes son muy frecuentes en esta muestra de atención primaria, siendo los más frecuentes el trastorno depresivo mayor (20,1 %), el trastorno depresivo menor (12,9 %), el trastorno de ansiedad generalizada (11,4 %), la distimia (8,9 %) y el trastorno de pánico (3,8 %).
2. La comorbilidad del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizado es muy elevada (8,7 %). El 43,4 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta también trastorno de ansiedad generalizada y el 76,7 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada presenta comorbilidad de trastorno depresivo mayor.
3. Los síntomas somáticos son muy frecuentes en atención primaria de salud, siendo el principal motivo de consulta.
4. Los síntomas somáticos son parte esencial de los trastornos depresivos y de ansiedad.
5. Aunque los síntomas somáticos son muy frecuentes en ambos trastornos, parece que se dan con una frecuencia algo mayor en los trastornos de ansiedad que en los trastornos depresivos.
6. La sensación de falta de aire, sensación de que el corazón late más fuerte o más aprisa y náuseas, gases o indigestión, parecen más frecuentes en los trastornos de ansiedad y en la comorbilidad que en los trastornos depresivos.
7. Los trastornos del sueño parecen más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de comorbilidad de ansiedad y depresión que en los trastornos aislados de ansiedad o de depresión.
8. Otros síntomas como el dolor de estómago, de cabeza o de pecho, las alteraciones del ritmo intestinal y los trastornos del sueño, parecen asociarse con más frecuencia a los trastornos de ansiedad; y el dolor de extremidades, la sensación de mareo y el cansancio a los trastornos depresivos. Aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística, probablemente por el tamaño de la muestra, su realidad podría testarse en estudios posteriores.
9. A mayor número de síntomas somáticos, mayor probabilidad de presentar un trastorno depresivo o de ansiedad. 4 ó más síntomas somáticos parece el punto de corte adecuado para realizar una detección sistemática de trastornos depresivos y de ansiedad.

10. Preguntar a los pacientes a qué atribuyen sus síntomas puede ser muy útil para orientar la entrevista y los estudios complementarios a fin de llegar a un diagnóstico más preciso y en muchas ocasiones no retrasar el diagnóstico psiquiátrico.
11. En atención primaria, los pacientes que presentan un trastorno depresivo o de ansiedad realizan más consultas en el centro de salud que los pacientes que no presentan esos diagnósticos ( $p < 0.005$ ).

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario inicial

**Este cuestionario facilitará la comprensión de determinados problemas que puede que usted tenga. Es posible que sea necesario hacerle más preguntas sobre algunas de estas cuestiones. Por favor, asegúrese de marcar una opción para cada una de las preguntas.**

**Durante el último mes ha sufrido a menudo de...**

	SI	NO
1. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolor en las piernas, brazos o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor o molestias con la regla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dolor o dificultades durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Episodios de desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sensación de que el corazón le late más fuerte o más aprisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensación de que le falta el aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estreñimiento, vientre suelto o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentirse cansado o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Durante el último mes ha sufrido a menudo de...

SI NO

17. Falta de interés o placer en las cosas
18. Sentirse decaído, deprimido o desesperado
19. "Nervioso", ansioso o a punto de explotar
20. Preocupado por muchas cosas diferentes

## Durante el último mes...

21. Ha tenido un ataque de ansiedad  
(sentir de repente miedo o pánico)
22. Ha pensado que debería beber menos alcohol
23. Se ha quejado alguien de que usted bebe demasiado
24. Se ha sentido culpable o a disgusto por la bebida
25. Hubo algún día en el que haya bebido 5 o más cervezas,  
vinos o copas

---

En general diría que su salud es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

---

**Sexo:** Varón  Mujer

**Edad:** .....

**Estado Civil:**  Soltero  Vive solo  
 Casado/ Pareja  Vive acompañado  
 Viudo  
 Separado/ Divorciado

**Nivel Educativo:**  No sabe leer/ escribir

- Primarios incompletos  
 Primarios completos  
 Grado medio  
 Superiores

**En la actualidad, ¿está usted trabajando?**  SI  NO

**¿Qué clase de trabajo hace?** .....

**Lugar de nacimiento**.....**Si ha nacido fuera de España, años de residencia en España...**

**Fecha**.....

**Anexo 2. PRIME- MD. Módulo de Estado de ánimo, ansiedad y somatomorfo**

**MÓDULO DE ESTADO DE ÁNIMO**

**DEPRESIÓN MAYOR**

En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes problemas, casi todos los días?

- |                                                                                                             |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Dificultades para dormirse o mantenerse dormido, o dormir demasiado                                      | SI | NO |
| 2. Sentirse cansado o con poca energía                                                                      | SI | NO |
| 3. Poco apetito o comer demasiado                                                                           | SI | NO |
| 4. Poco interés o placer en hacer cosas                                                                     | SI | NO |
| 5. Sentirse decaído, deprimido o desesperado                                                                | SI | NO |
| 6. Sentirse mal consigo mismo - o que es Vd. un desastre - o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia | SI | NO |
| 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión                       | SI | NO |
| 8. Estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal                                     | SI | NO |

**Si no:** ¿Y al contrario?- moverse o hablar tan despacio que la gente lo pueda haber notado.

**Anote Si, si contesta afirmativamente a alguna de las dos cuestiones anteriores, o si durante la entrevista usted observa agitación o retardo psicomotor**

- |                                                                                                                                                               |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 9. En las últimas dos semanas ¿ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera? <b>Si responde SI:</b> Hábleme de ello. | SI | NO |
| 10. <b>En las preguntas 1 a 9 ¿hay 5 o más respuestas SI (una de las cuales es la 4 o la 5)?</b>                                                              | SI | NO |

Trastorno  
Depresivo  
Mayor  
Ir a preg. 12

**REMISIÓN PARCIAL O RECURRENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR**

11. ¿Ha pasado con anterioridad alguna época en la que ha estado aún más decaído o deprimido, o con incluso menos interés o placer en las cosas?  
**En caso afirmativo:** ¿En esa época, tenía Vd. muchos de los problemas por los que le he preguntado como problemas de sueño, de concentración, cansancio, falta de apetito o poco interés en las cosas?  
**Cuente como SI, sólo si en el pasado el paciente tuvo probablemente 5 de los síntomas de las preguntas 1 al 9 y reconoce actualmente humor deprimido o poco interés o placer.**

SI — **Remisión parcial de un Trastorno Depresivo Mayor** — NO

**DISTIMIA**

12. Durante los últimos dos años ¿se ha sentido a menudo decaído o deprimido o ha notado poco interés o placer en las cosas?  
**Cuente como SI sólo si también contesta SI a:** ¿Le pasaba esto más de la mitad de los días durante los últimos dos años?  
 13. En los últimos dos años ¿Esto le ha supuesto a menudo dificultades para hacer su trabajo, hacerse cargo de sus tareas domésticas o en el trato con la gente.

SI — NO — **Ir a preg. 14**

SI — **Distimia** — NO  
**Ir a preg. 16**

**DEPRESIÓN MENOR**

14. ¿Se ha diagnosticado Depresión Mayor (incluida la remisión parcial) en las preguntas 10 ó 11?  
 15. ¿Contestó SI dos o más de las preguntas 1 a 9 (una de las cuales es la 4 ó la 5)?

SI — **Ir a preg. 16** — NO

SI — **Trastorno Depresivo Menor** — NO — **SALIR**

**BIPOLAR**

16. ¿Algún médico le ha dicho que tenía usted un trastorno maniaco-depresivo o le ha prescrito litio?

SI — **Añada Excluir Trastorno Bipolar** — NO

**DEPRESIÓN CAUSADA POR TRASTORNO FÍSICO, MEDICACIÓN U OTRAS DROGAS**

17. **En caso afirmativo:** ¿Cuándo fue eso? ¿Sabe Vd. porqué?  
**¿Es probable que los síntomas se deban a los efectos biológicos de un trastorno físico, a la medicación o a otras drogas?**

SI — **Añada Excluir Trastorno Depresivo debido a trastorno físico, medicación u otras drogas** — NO — **SALIR**  
 No es Seguro — **SALIR**

## MÓDULO DE ANSIEDAD

### PÁNICO

Si en el Cuestionario del Paciente la pregunta nº 21 (crisis de ansiedad) está marcada como NO, vaya al nº 33.

18. Vd. indicó que había tenido una crisis de ansiedad durante este mes. ¿Le había pasado esto alguna vez antes? SI NO
19. ¿Surge la crisis a veces de repente y sin razón? Si NO   
Si no está claro: ¿en situaciones donde no esperaba estar nervioso o incómodo?
20. ¿Le ha preocupado mucho la posibilidad de tener otra crisis o de que le pasara algo? SI NO   
Cuente como SI, si se le ocurrió alguna vez.

Piense en la última crisis realmente mala

Vaya a la preg. 32 en cuanto marque 4 síntomas que ocurrieron en la última crisis importante del paciente.

21.  ¿Le faltaba la respiración? 26.  ¿Sentía sofocos o escalofríos? 30.  ¿Temblaba o se estremecía?
22.  ¿Le latía el corazón más aprisa, más fuerte o a saltos? 27.  ¿Tenía náuseas o el estómago revuelto o la sensación de que le iba a dar diarrea? 31.  ¿Tenía miedo de estarse muriendo?
23.  ¿Sentía dolor en el pecho u opresión? 28.  ¿Se sentía mareado, inestable o desfallecido?
24.  ¿Sudaba? 29.  ¿Sentía hormigueo o adormecimiento en alguna parte del cuerpo?
25.  ¿Sentía como si se estuviese ahogando?

32. ¿Ha marcado 4 o más de las preg. 21 a 31?

SI

Trastorno de Pánico

NO

Trastorno de Ansiedad No Especificado

**ANSIEDAD GENERALIZADA**

33. ¿Se ha sentido nervioso, ansioso o a punto de explotar la mitad de los días durante el último mes? SI NO - Ir a preg. 44

Durante el último mes, ¿ha sufrido a menudo alguno de estos problemas?

34.  ¿Estar tan inquieto que le resulta difícil mantenerse sentado? 36.  ¿Tensión muscular, dolores o dolorimiento? 38.  ¿Dificultad para concentrarse en cosas como leer un libro o ver la televisión? ¿Irritarse o enfadarse fácilmente?

35.  ¿Cansarse muy fácilmente? 37.  ¿Dificultades para dormirse o mantenerse dormido? 39.  ¿Irritarse o enfadarse fácilmente?

40. ¿Se han marcado 2 o más de las preg. 34 a 39? SI NO - Ir a preg. 44

41. En el último mes, ¿Estos problemas le han supuesto dificultades para hacer su trabajo, sus tareas domésticas, o para relacionarse con los demás? SI NO - Trastorno de Ansiedad no especificado Ir a preg. 45

42. En los últimos seis meses, ¿Se ha preocupado mucho por distintas cosas? Marcar SI sólo si contesta también SI a: ¿Le ha ocurrido esto en más de la mitad de los días en los últimos seis meses? SI NO - Trastorno de Ansiedad no especificado Ir a preg. 45

43. Cuando se preocupa de esta forma ¿siente que no puede evitarlo? SI - Trastorno de Ansiedad Generalizada Ir a preg. 45 NO - Trastorno de Ansiedad no especificado Ir a preg. 45

44. ¿Se ha diagnosticado un trastorno de Pánico o un Trastorno de Ansiedad no especificado? SI NO - SALIR

**ANSIEDAD DEBIDA A TRASTORNO FÍSICO, MEDICACIÓN U OTRAS DROGAS**

45. ¿Los síntomas de ansiedad actuales, son probablemente debidos a efectos biológicos de un trastorno físico, medicación u otras drogas? SI - Añada Excluir Trastorno de Ansiedad por trastorno físico, medicación u otras drogas NO - SALIR

No es Seguro - SALIR

## MÓDULO SOMATOMORFO

### MULTISOMATOMORFO

59. De los síntomas físicos marcados con un SI en el cuestionario del paciente (Preguntas 1 a 15) ¿Son cuatro o más de tipo somatomorfo, es decir, carecen de una explicación física adecuada que justifique su severidad y la incapacidad asociada, a pesar de una investigación clínica adecuada? SI NO - SALIR
- Nota:** Si se encuentra también presente un Trastorno Depresivo Mayor o un Trastorno de Pánico, los síntomas físicos que forman parte de los criterios diagnósticos de estos trastornos no se consideran somatomorfos (por ejemplo, palpitaciones o falta de aire en el Trastorno de Pánico, y fatiga o insomnio en la Depresión Mayor).
60. ¿Ha tenido el paciente estos u otros síntomas físicos mal explicados, al menos durante varios años? SI - Trastorno Multisomatomorfo NO - Trastorno Somatomorfo no especificado

### **Anexo 3. Atribución de síntomas somáticos**

**1. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**2. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**3. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**4. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**5. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**6. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**7. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**8. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**9. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**10. Síntoma:**

Somático  Psíquico  Mixto  NS/NC

**Diagnóstico Médico:**

**Frecuentación:**

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1-Goldberg D. Prólogo a la primera edición. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención primaria*. 2ª edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. P XXV.
- 2-Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención primaria*. 2ª edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. P 3-16.
- 3-Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª edición. Madrid: Elsevier; 2008.
- 4-Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997;170:529-35.
- 5-Bowers PJ. Selections from current literature: psychiatric disorders in primary care. *Fam Pract*. 1993 ;10(2):231-7.
- 6-Avasthi A, Varma SC, Kulhara P, Nehra R, Grover S, Sharma S. Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire. *Indian J Med Res*. 2008 Feb;127(2):159-64.
- 7-Fortes S, Villano LA, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7.
- 8-Haro JM, Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En: José Luís Vázquez Barquero, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª Edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. P 41-59.
- 9-Haddad M, Walters P, Tylee A. Mood disorders in primary care. *Psychiatry* 2009; 8(2): 71-75) (10-Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006; 8: 227-239.
- 10-Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006; 8: 227-239



- 11-Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 14;272(22):1749-56.
- 12-Caballero L, Fernandez.-Liria A, Ramos JA, Gil A, Madrigal M, Porrás A, Baca E, Sáiz J. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria* 1999; 23(5): 275-279.
- 13-Anseu M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004 ;78(1):49-55.
- 14-Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):52-8.
- 15-Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2009 ;67(3):189-97. Epub 2009 Jun 27.
- 16-Cwikel J, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(3):184-91.
- 17-Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio Chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev méd Chile*. 2002; 130: 527-36.
- 18-Katon W. Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Compr Psychiatry*. 1982;23(3):274-87.
- 19-Herrán A, Rodríguez Cabo B, Vázquez-Barquero JL. Trastornos depresivos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. P 223-249.
- 20-American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A; 2002.
- 21- Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
- 22- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
- 23- Roca Bennasar M, Baca Baldomero E, Cervera Enguix S, Perfil sintomático de los pacientes con depresión tratados en atención primaria. Un estudio epidemiológico. *Psiquiatr biol* 2007; 14 (2): 47-52.

- 24- American Psychiatric Association. DSM-IV- Atención Primaria. Texto Revisado. Barcelona: Masson S.A.; 2004.
- 25-Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, Gómez-Utrero E, Romera I, Gilaberte I. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*. 2008 ;49(6):520-9.
- 26-Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005;35(8):1175-84.
- 27-Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons on behalf of WHO; 1995: 323-334. Consultado en <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index2.html>.
- 28-Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdú RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(1):21-35.
- 29-Aragonès E, Labad A, Piñol J, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58(2):145-151.
- 30-Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.
- 31-Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract* 1993; 37: 337-344.
- 32-Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety*. 2007;24(3):185-95.
- 33- Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002 ;29(6):329-36.
- 34- Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen HU. Depression as a comorbid disorder in primary care. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2008;51(4):411-21.
- 35- Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, Corsino MA, Pini S. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):171-81.

- 36- Jaracz J. Anxiety disorders in primary care. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2009; 11(3):640-646.
- 37- Stein D. Overcoming the challenges of the anxiety spectrum. *Eur Psychiatry*. 2011; 26: suppl 1.
- 38- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl 8): 24-34.
- 39- Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl8): 4-10.
- 40- Montgomery S, *Manual del trastorno de ansiedad generalizada*. Londres: Current Medicine Group Ltd; 2009.
- 41- Stein D. The comorbidity of generalizad anxiety disorder and depression: conceptualisation and options for therapy. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2010; 20: Suppl 3 (S639-S640).
- 42- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317-25.
- 43- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten primaria* 1995; 16: 586-90.
- 44-Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, Caballero F, Caballero L, Arbesú JA, Delgado-Cohen H, Desaiyah D, Polavieja P, Gilaberte I. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010; 127(1-3):160-8.
- 45- Barsky AJ, Delamater BA, Orav JE. Panic disorder patients and their medical care. *Psychosomatics*. 1999;40(1):50-6.
- 46- Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D, Biggs MM, Shores-Wilson K, Shelton RC, Luther JF, Thomas B, Trivedi MH. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disord*. 2005 ;87(1):43-55.
- 47- Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009 Jan-Feb;37(1):17-20.
- 48- Merikangas KR, Low NC. The epidemiology of mood disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2004 ;6(6):411-21.
- 49- Aragonès E, Labad A, Piñol JL. Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud. *Psiquiatr Biol* 2005; 12(2): 58-61.

- 50- Romera I, Delgado-Cohen H, Perez T, Caballero L, Gilaberte I. Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care. *BMC Psychiatry*. 2008 ;8(4).
- 51- Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*. 1998;60(2):150-5.
- 52- Haddad M, Walters P, Tylee A. Mood disorders in primary care. *Psychiatry* 2009; 8(2): 71-75.
- 53- Wise TN, Birket-Smith M. The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*. 2002;43(6):437-40.
- 54- Baron DA. Case histories for understanding depression in primary care. *J Am Osteopath Assoc*. 2003; 103(8 Suppl 4):S16-8.
- 55- Bridges K, Goldberg D. Somatic Presentation of Depressive Illness in Primary Care. *J R Coll Gen Pract Occas Pap*. 1987; (36):9-11.
- 56- Lecrubier Y. Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (supl 13): 31-36.
- 57- Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*. 1999;318(7181):436-9.
- 58- Tylee A. Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 (Suppl 6):41-5.
- 59- Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Porras Chavarino A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(13):504-9.
- 60- Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 1985; 29(6):563-9.
- 61- Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7(4): 167-176.
- 62- KirmayerLJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741.
- 63-Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999;341(18):1329-35.
- 64- Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*. 2006 ;90(4):603-26.
- 65- Lecrubier Y. Physical components of depression and psychomotor retardation. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 6:23-6.

- 66- Benjamin S, Herr NR, McDuffie J, Nagi A, Williams JW . Editors. Performance Characteristics of Self-Report Instruments for Diagnosing Generalized Anxiety and Panic Disorders in Primary Care: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011
- 67- Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry*. 2001;179:317-23.
- 68- Bower P, West R, Tylee A, Hann M. Symptom attribution and the recognition of psychiatric morbidity. *J Psychosom Res* 2000; 48(2):157-60.
- 69- Dowrick C, Katona C, Peveler R, Lloyd H. Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *Br J Gen Pract*. 2005; 55 (520):829-30.
- 70- Richardson LP, Russo JE, Lozano P, McCauley E, Katon W. Factors associated with detection and receipt of treatment for youth with depression and anxiety disorders. *Acad Pediatr*. 2010;10(1):36-40.
- 71- Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. Recognition and Treatment Recommendations for Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Episode: A Cross-Sectional Study Among General Practitioners in Norway. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(6):340-347.
- 72- Caballero L. Depresión y trastornos somatomorfos: el problema de la comorbilidad. En Baca E, editor. *Dolor y Depresión*. Madrid: Adalia Farma; 2006.
- 73- Widmer RB, Cadoret RJ. Depression in primary care: changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *J Fam Pract*. 1978; 7(2): 293-302.
- 74- Wilson DR, Widmer RB, Cadoret RJ, Judiesch K. Somatic symptoms. A major feature of depression in a family practice. *J Affect Disord*. 1983; 5(3): 199-207.
- 75- Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2001;13(2):78-88.
- 76- Escobar JI, Interian A, Díaz-Martínez A, Gara M. Idiopathic physical symptoms: a common manifestation of psychiatric disorders in primary care. *CNS Spectr*. 2006 ;11(3):201-10.
- 77- Kroenke K. The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5[suppl 7]:11–18.
- 78- Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):593-619.
- 79- Kroenke K, Price K. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*. 1993; 153 (21): 2474-80.

- 80- Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):34-43.
- 81- Jackson JL, Kroenke K. Managing Somatization: medically unexplained should not mean medically ignored. *J Gen Intern Med.* 2006;21(7):797-9.
- 82- Jain R, Culpepper L, Maletic V. Pain and the brain 2: the recognition and management of chronic pain in primary care. *J Clin Psychiatry.* 2009 ;70(11):e43.
- 83- Walker E, Katon WJ, Jenelka RP. Psychiatric disorders and medical care utilization among people in the general population who report fatigue. *J Intern Med* 1993; 8: 436-440.
- 84- Stewart WF, Shechte A, Liberman J. Physician consultation for headache pain and history of panic: results from a population-based study. *Am J Med.* 1992; 92 (1A): 35S-40S.
- 85- Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, Burger AL. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 1988; 95(3): 701-8.
- 86- Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med.* 2001;134(9 Pt 2):844-53.
- 87- Kellner W. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42(8): 821-833.
- 88- Smith GR Jr, Tost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(3): 238-243.
- 89- Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract.* 1991 ;41(352):454-8.
- 90- Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 1997 ;42(3):245-52.
- 91- Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86(3): 262-6.
- 92- Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorder in primary care: course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics.* 2006;47(6):498-503.
- 93- Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2008;14:432-440.
- 94- Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med.* 1998;60(4):466-72.

- 95- van Boven K, Lucassen P, van Ravesteijn H, Hartman To, Bor H, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract.* 2011;61(587):e316-25.
- 96- Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics.* 2003; 44(6):471-478.
- 97- Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med.* 1997;27(5):1011-9.
- 98- Price J. Medically unexplained physical symptoms. *Medicine.* 2008;36(9):449-451.
- 99- 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.
- 100- Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics.* 2007; 48(4):277-85.
- 101- Escobar JI, Gara MA. DSM-IV somatoform disorders: do we need a new classification? *Gen Hos Psychiatry.* 1999; 21(3):154-6.
- 102- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry.* 2005 ;162(5):847-55.
- 103- Mathers N, Khoo EM, McCarthy S, Thompson J, Low WY. Definitions of somatisation and cultural influences. *Br J Gen Pract.* 2003 ;53(490):409.
- 104- Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ.* 2008;336(7653):1124-8.
- 105- Barsky AJ, Borus JB. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274: 1931-4.
- 106- Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis and treatment of depression. *JGen Intern Med* 1999; 14: 569-580.
- 107- Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J.* 1970;1(5707):439-43.
- 108- Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression research in European society II): a patient survey of the symptoms, disability, and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999; 14(3): 139-151.
- 109- Barkow K, Heun R, Üstün TB, Berger M, Bermejo I, Gaebel W, Härter M, Schneider F, Stieglitz RD, Maier W. Identification of somtic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *European Psychiatry* 2004; 19: 250-257.

- 110- Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ* 2008; 336: 435-439.
- 111- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *BR J Gen Pract.* 2003; 53(488): 231-9.
- 112- Kirmayer RJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179(11):647-55.
- 113- Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry.* 1997; 154 (7): 989 -95.
- 114- Escobar JL, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Golding J. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry.* 1987; 44(8): 713- 718.
- 115- Escobar JL, Rubio M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis.* 1989 ;177(3):140-6.
- 116- Escobar JL, Hoyos Nervi C, Gara M. Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a Psychiatric perspective. *Environ Health Perspect.* 2002;110 (Suppl 4):631-6.
- 117- Gureje O, Simon GE. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med.* 1999;29(3):669-76.
- 118- Launer J. A narrative approach to mental health in general practice. *BMJ* 1999; 318 (7176): 117-119.
- 119- Martin RD. The somatoform conundrum: a question of nosological values. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999 May-Jun;21(3):177-86.
- 120- Mayou R, Levenson J, Sharpe M. Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics* 2003;44(6):449-451.
- 121- Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R, Whiting RD. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med.* 1992; 7(2): 170-3.
- 122- Ros Montalbán S, Comas Vives A, García-García M. 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 esp Psiquiatr.* 2010; 38(6): 345-57. Epub 2010 Nov 1.
- 123- Ros Montalban S, ComasVives A, García-García M, Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en atención primaria. *SEMERGEN.* 2009; 35(4): 165-72.
- 124- Mujakovic S, de Wit NS, Marrewijk van CJ, Fransen GA, Laheij RJ, Muris JW, Samson M, Grobbee DE, Jansen JB, Knottnerus JA, Numans ME. Psychopathology is associated with dyspeptic symptom severity in primary care patients with a new episode of dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(5): 580-8.



- 125- Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Herzog W, Löwe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res.* 2008; 64(6):605-12. Epub 2008 Apr 28.
- 126- Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med.* 2004;66(1):17-22.
- 127- Husain MM, Rush AJ, Trivedi MH, McClintock SM, Wisniewski SR, Davis L, Luther JF, Zisook S, Fava M. Pain in depression: STAR\*D study findings. *J Psychosom Res.* 2007;63(2):113-22.
- 128- Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, Kraemer HC, Dea R, Robinson R, Hayward C. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med.* 2006;68(2):262-8.
- 129- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke k. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003; 163(20): 2433-45.
- 130- Lindsay PG, Wyckoff M. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics.* 1981;22(7):571-577.
- 131- Demyttenaere K, Reed C, Quail D, Bauer M, Dantchev N, Montejo AL, Monz B, Perahia D, Tylee A, Grassi L. Presence and predictors of pain in depression: results from the FINDER study. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):53-60. Epub 2010 Feb 25.
- 132- Katona C, Peveler R, Dowrick C, Wessely S, Feinmann C, Gask L, Lloyd H, Williams AC, Wager E. Pain symptoms in depression: definition and clinical significance. *Clin Med.* 2005;5(4):390-5.
- 133- Agüera L, Failde I, Cervilla JA, Díaz-Fernández P, Mico JA. Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract.* 2010;11:17.
- 134- Martinovic, J. Miljatovic, A. Brankovic, A. Backpain in patients with depressive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2009; 19: S473.
- 135- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006 ;10(4):287-333. Epub 2005 Aug 10.
- 136- Maeno T, Inoue K, Yamada K, Maeno T, Sato T. Indicators of a major depressive episode in primary care patients with a chief complaint of headache. *Headache.* 2007 ;47(9):1303-10.
- 137- Nimnuan C, Asawavichienjinda T, Srikiatkachorn A. Potential risk factors for psychiatric disorders in patients with headache. *Headache.* 2012;52(1):90-8.

- 138- Fráguas R., Nobre M.R.C., Wajngarten M., Cardeal M.V., Figueiró J.A.B., Iosifescu D.V., Teixeira M.J. Major depression in patients with non-cardiac chest pain - Who is going to treat? *Revista de Psiquiatria Clinica* 2009; 36 (Suppl 3): 83-87
- 139- Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *Am J Med* 1997; 103(5): 339-347.
- 140- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med.* 1994; 3:774-779.
- 141- Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(1): 34-40.
- 142- Katon W, Von Korff, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagmer E, Polk E. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12(6): 355-362.
- 143- García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, Quail D, Gilaberte I. 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. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(5):355-362.
- 144- Sha MC, Callahan CM, Counsell SR, Westmoreland GR, Stump TE, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med.* 2005;118(3):301-6.
- 145- Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(2):147-55.
- 146- Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(suppl 20):15-21.
- 147- Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 480-482.
- 148- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics.* 2011;52(3):263-71.
- 149- Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(3): 107-13.
- 150- Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosom Med.* 1996;58 (5):481 -8.

- 151- Ebert D, Martus P. Somatization as a core symptoms of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *J Affect Disord.* 1994; 32(4): 253-6.
- 152- Bridges K,Goldberg D, Evans B, Sharpe T. Determinants of somatization in primary care. *Psychol Med.*1991;21(2):473-483.
- 153-Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med.* 1996;26(5):937-951.
- 154- Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echevarría MJ, Lobo A. Somatisation in primary care in Spain: II. Differences between somatisers and psychologisers. *Br J Psychiatry* 1996; 168:348-353.
- 155- Waza K, Graham AV, Zyzanski SJ, Inoue K. Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. *Fam Pract.* 1999;16(5):528-533.
- 156- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA.* 1993 ;270(15):1819-25.
- 157- Dirks JF, Schraa JC, Brown EL, Kinsman RA. Psycho-maintenance in asthma: hospitalization rates and financial impact. *Br J Med Psychol.* 1980;53(4):349-54.
- 158- Walker EA, Gelfand MD, Gelfand AN, Creed F, Katon WJ. The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996;18(4):220-9.
- 159- Lustman PJ, Clouse RE, Carney RM. Depression and the reporting of diabetes symptoms. *Int J Psychiatry Med.* 1988;18(4):295-303.
- 160- Goldberg D, Kendler K, Sirovatka P, Regier D. Temas de Investigación DSM-V. Depresión y trastornos de ansiedad generalizada. Editorial Panamericana; 2011.
- 161- Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(3):191-9.
- 162- Fabião C., Silva M.C., Fleming M., Barbosa A. The combined effect of depression and anxiety in somatization of primary care users. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68(6): 622-623.
- 163- Drozdowskyj E.S., Parajuá P.G., Peláez C., Murillo L.G. Comorbidity of generalized anxiety disorder with mayor depression in primary care. *European Psychiatry* 2010;25 (Suppl 1): 365.
- 164- Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004; 184: 386-92.
- 165- Murray C. Lopez A: World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization; 2002:192-197.

- 166- Gunn J. Depression and somatic symptoms: Experience from the DIAMOND study: A longitudinal naturalistic study of depression in primary care in Victoria, Australia. *J Affect Disorders* 2010; 122(suppl 1): S19.
- 167- Hoedeman R., Blankenstein A.H., Krol B., Koopmans P.C., Groothoff J.W. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *Journal of occupational rehabilitation* 2010; 20(2):264-273.
- 168- López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria*. 2004;34:32-7.
- 169- Bermingham S.L., Cohen A., Hague J., Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009 *Mental Health in Family Medicine* 2010; 7(2): 71-84.
- 170- De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Assendelft WJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract*. 2008 ;9:5.
- 171- Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit*. 2007 ;21(4):306-13.
- 172- Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Twisk JW, van Tilburg W. Duration and severity of depression predict mortality in older adults in the community. *Psychol Med* 2002; 32: 609-618.
- 173- Pearson SD, Katzelnick DJ, Simon GE, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ. Depression among high utilizers of medical care. *J Gen Intern Med*. 1999;14(8):461-8.
- 174- Steckr T, Fortney JC, Prajapati S. How depression influences the receipt of primary care services among women: a propensity score analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007; 16(2): 198-205.
- 175- Katon W, Von Korff, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagmer E, Polk E. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12(6): 355-362.
- 176- Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(10):744-9.
- 177- Caballero L, Aragonese E, Garcia-Campayo J, et al. A Spanish nationwide cross-sectional study of major depression in primary care patients, pt 4: characteristics of somatic symptoms and relationship with quality of life and health resource utilization. Fifth International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Vienna, Austria. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2005; 9(4): 301-331.

- 178- Muñoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, López CJ, Hetem LA, Secin R, Dueñas HJ. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord.* 2005;86(1):93-8.
- 179- Fava M, Mallinckrodt CH, Detke MJ, Watkin JG, Wohlreich MM. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry.* 2004 ;65(4):521-30.
- 180- McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Zurowski M, Giacobbe P, Soczynska JK, Kennedy SH. Improving outcomes in depression: a focus on somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2006;60(3):279-82.
- 181- Kennedy N, Paykel ES. Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *J Affect Disord.* 2004;80(2-3):135-44.
- 182- Rosell M, Bolívar B, Juncosa S, Martínez CC. Episodio: concepto y utilidad en la atención primaria. *Aten Primaria.* 1995; 10:637-40.
- 183- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>a</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 184- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, Brody D, Davies M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):352-8.
- 185- Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van Mechelen W, Stalman WA. Test-retest reliability of the PRIME-MD: limitations in diagnosing mental disorders in primary care. *Eur J Public Health.* 2009 ;19(3):303-7. Epub 2009 Jan 30.
- 186- Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, Gil A, Madrigal M, Porrás A. Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(6):375-83.
- 187- Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA, Gil A, Madrigal M, Porrás A. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria.* 1999 ;23(5):275-9.
- 188- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):345-59. Epub 2010 May 7.
- 189- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD — the PHQ primary care study. *JAMA.* 1999;282:1737–44.
- 190- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: The PRIMEMD Patient Health Questionnaire Obstetrics Gynecology Study. *Amer J Obstet Gynecol.* 2000;183:759–69.

191- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder — the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092–7.

192- McGee DL, Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol.* 1999 ;149(1):41-6.

193-Al-WindiA. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:28.

194-

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>.

195-

[http://www.madrid.org/cs/satelite?pagename=Portalsalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1142341589600](http://www.madrid.org/cs/satelite?pagename=Portalsalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1142341589600)

196- Bulbena A, Jáuregui JV, Zabalo MJ. Índice acumulativo de enfermedad. Adaptación castellana del Cumulative Illness Tating Scale en población psicogeríátrica. *Revista de Gerontología.* 1996; 6 (4): 313-8.