

ASOCIACIÓN ENTRE PRÁCTICAS EN SALUD, SOMATIZACIÓN Y ALGUNOS FACTORES PSICOSOCIALES EN USUARIOS DE CLÍNICAS DE ASSBASALUD ESE. MANIZALES (COLOMBIA), 2007

KARENT BETANCUR CASTRO*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN** FIS, M.Sc., ANDRÉS CAMILO ERAZO QUIROZ*, NESTOR JULIÁN GARCÍA*, LIZ HERNÁNDEZ*, DIANA MARCELA HOYOS LLANOS*, YOLANDA MUECES*, LUISA FERNANDA ORJUELA*, MARTHA LUZ PÁEZ CALA*** PSIC, M.Sc., LUISA FERNANDA PÉREZ*, CARMEN ANDREA TAMAYO GÓMEZ*, MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ*, DIANA CAROLINA VILLALBA*

Resumen

Introducción: La evidencia investigativa sugiere que la población con una patología médica crónica presenta mayor riesgo de desarrollar un cuadro de somatización, definida como una serie de síntomas corporales sin causa orgánica demostrable, y asociada al estrés y cuadros depresivos, ansiosos, que generalmente pasan desapercibidos en la consulta. Este tipo de pacientes terminan convirtiéndose en consultantes crónicos o en abusadores de servicios de salud, lo que genera congestión en la prestación del servicio e incremento en los costos de salud.

Metodología: Estudio de corte transversal, con 188 pacientes que asistieron a consulta externa en los diferentes centros urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, Empresa Social del Estado (ASSBASALUD, ESE) del área urbana de Manizales (Colombia).

Resultados: La edad promedio fue 51,3 años, 62,5% presentaban somatización, 61,9% ansiedad subclínica, 51,6% no presentaban depresión, estrés bajo 73,6% y buena función familiar 42,9%. Se encontró dependencia significativa entre somatización y ansiedad ($p=0,000$), depresión ($p=0,005$) estrés ($p=0,000$) funcionalidad familiar ($p=0,007$), entre otras. También se encontró dependencia significativa entre las variables prácticas en salud y somatización ($p=0,002$), Ansiedad ($p=0,014$), depresión ($p=0,008$) a nivel $p<0,1$ con funcionalidad familiar ($p=0,093$)

* Estudiante X Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, teléfono 8841450. Correo : jcast@umanizales.edu.co.

*** Profesora Asistente, F. de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: marthapaez315@yahoo.es.

Remitido para publicación: 02-09-2008. Aprobado para publicación: 30-09-2008

Conclusiones: se encontró una alta comorbilidad de somatización en los pacientes con algún grado de depresión, ansiedad y estrés, al igual que deficientes prácticas de salud en este tipo de pacientes.

Palabras clave: autocuidado, ansiedad, depresión, somatización.

ARCH. MED. (Manizales) 2008; 8 (2): 113-125

Association between health practices, somatization and some psychosocial factors in clinics of ASSBASALUD ESE. Manizales (Colombia), 2007

Summary

Introduction: Research suggests that people with a chronic medical condition present a greater risk of developing a cadre of Somatisation, defined as a series of physical symptoms without demonstrable organic cause, and associated with stress and depression, anxiety, which usually go unnoticed in the consultation. Such patients become chronic patients or chronic abusers of health services, generating congestion in health services and increase in health costs.

Methodology: cross-sectional study, which included 188 patients who attended external consults in diverse urban centres of Care in Social Security, Welfare and Health, the State Social Enterprise (ASSBASALUD, ESE.'s Urban area of Manizales (Colombia).

Results: Average age was of 51.3 years, 62.5% presented somatisation, 61.9% subclinical anxiety, 51.6% had no depression, low stress levels of 73.6% and 42.9% presented a good family function. Significant dependence between anxiety and somatisation ($p = 0000$), depression ($p = 0005$) stress ($p = 0000$), family functionality ($p = 0007$), among others was found. A significant dependency was found between the practical variables of health and somatisation ($p = 0.002$), Anxiety ($p = 0014$), Depression ($p = 0.008$) at a $p < 0.1$ level with functionality inside the family ($p = 0093$)

Conclusion: High somatisation comorbidity was found in patients with some degree of depression, anxiety and stress, worse health practices in somatisation patients, and with some level of anxiety, depression and anxiety, as well as different kind of health practices in this type of patients.

Keywords: self-care, anxiety, depression, somatisation.

ARCH. MED. (Manizales) 2008; 8 (2): 113-125

Introducción

El término *somatización* se refiere a múltiples situaciones clínicas que van desde la queja somática hasta síndromes psiquiátricos. Es frecuente encontrar entre los usuarios de centros de atención primaria en salud, pacientes que consultan por síntomas físicos que no son explicables por la presencia de una enfermedad médica. Esta situación con frecuencia afecta y hasta deteriora la relación médico-paciente, por la dificultad en el manejo y las posibles complicaciones iatrogénicas, como la realización repetida de pruebas y cirugías innecesarias, consultas médicas con diferentes profesionales y un abuso o dependencia de medicamentos ^{1,2}.

Diversos estudios confirman que cerca del 10 % del total de consultas médicas se brinda a este tipo de pacientes, cifra que puede llegar a 40 % de los pacientes atendidos en unidades especializadas como las de dolor ². Los pacientes con síntomas somáticos sin causa orgánica conocida presentan con frecuencia trastornos psiquiátricos, y muchos trastornos psiquiátricos cursan con síntomas somáticos funcionales ³. Igualmente, un 75 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor o crisis de angustia refieren exclusivamente sintomatología somática a sus médicos de Atención Primaria ².

Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) ⁴, la Somatización puede iniciarse antes de los 30 años y manifestarse durante toda la vida, lo que genera un historial de incapacidad o búsqueda de tratamientos para diferentes manifestaciones físicas no fingidas de manera intencional, a diferencia de los trastornos facticios o de simulación. ⁵

Gregory Simon, quien estudió 18.000 pacientes psiquiátricos de cinco comunidades de EE.UU., encontró altos niveles de somatización asociados con ansiedad y depresión, y atribuye los síntomas somáticos como una expresión

de la ansiedad, más allá de un mecanismo de defensa contra la realidad ⁶. La comorbilidad de trastornos psiquiátricos con somatización también se reporta en otros estudios con población psiquiátrica o de atención primaria de salud, en los que se encuentra mayor riesgo relativo de somatización que la población general, en pacientes con trastorno de pánico, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y episodio maníaco ⁷.

Igualmente se reporta que la somatización es más frecuente en personas con nivel socio-económico o educacional bajos y residentes del área rural, mientras que las clases sociales altas tienden a amplificar los síntomas ⁸.

Los estudios concuerdan en resaltar la importancia del tema en la atención primaria en salud, para prevenir a estos pacientes de las posibles acciones iatrogénicas si la atención no es coordinada ⁹, sumado al ahorro de costos por el uso excesivo del sistema de salud si su diagnóstico no es adecuado y oportuno; estos pacientes requieren de un tratamiento flexible, específicamente orientado, para evitar un abordaje dualista (psíquico o somático), con un manejo integral que incluya un adecuado abordaje de los aspectos psicosociales.

Igualmente, en la atención primaria en salud y en salud pública la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son prioritarios, en lo que incide el autocuidado en salud, los estilos y calidad de vida. El concepto de autocuidado se asume como un compromiso voluntario y personal, que sigue un patrón y secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye a la integridad estructural, al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos ¹⁰. El estilo de vida alude a los hábitos, actitudes, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un colectivo, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer cotidiano y que son susceptibles de ser modificados ¹¹. Estas pautas comportamentales recurrentes e interiorizadas, traducidas en hábitos, es lo

que se incluye al evaluar la calidad de vida, es decir, aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente, sus creencias y cultura, lo que determina la individualidad con la que se pueden modificar los hábitos y estilos de vida saludables.

Entre los factores que tornan a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud se encuentra el tiempo de sueño, los hábitos alimentarios, el manejo de la alimentación y el peso corporal, la recreación, el ejercicio y la actividad física en sus diversas modalidades¹², la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y drogas, los niveles de stress, el sexo seguro y protegido, la vacunación, las medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, entre otros comportamientos¹³. En la calidad de vida inciden además múltiples factores entre ellos el empleo, vivienda y el acceso a servicios públicos y a la salud.

La promoción de la salud busca generar un compromiso personal, un conjunto de estrategias y acciones, en donde se les proporcione a los usuarios los medios necesarios para mantener un estado de salud adecuado, según sus condiciones, recursos y contexto socio-cultural, lo que se refleja en calidad de vida^{14, 15}. Intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, por lo cual cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud¹⁶, “donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar”.¹³

Desde esta perspectiva, la calidad de vida no debe evaluarse únicamente por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro; por ejemplo las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones teniendo en cuenta el deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida,^{17, 18} Por el contrario, debe reconocerse

en su concepto multidimensional, dado que su abordaje implica una perspectiva interdisciplinaria^{12,19}; lo que lleva a hablar del estilo de vida como un componente importante en el proceso salud-enfermedad. La Organización Mundial de la Salud hace ya varias décadas definió la salud como un “completo bienestar físico, mental y social”^{20,21} más allá del estado de ausencia de enfermedad, con variaciones intraindividuales a lo largo del ciclo vital.

Debido a estas circunstancias se plantea el presente estudio que pretende determinar la frecuencia de somatización y prácticas saludables en una población de pacientes de ASSBASALUD, ESE (Manizales, Caldas, Colombia).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, en el que se incluyeron 188 pacientes que asistieron a consulta externa en los diferentes centros urbanos y uno rural de atención en seguridad social, bienestar y salud, de la empresa social del Estado ASSBASALUD, ESE, (Red pública de atención en salud de primer nivel, de la ciudad de Manizales, Colombia): La Palma, Estambul, El Bosque, La Asunción, San Cayetano, El Prado, Centro Piloto, la Enea y Bajo Tablazo, entre Agosto del 2006 y Mayo del 2007.

La muestra se seleccionó por conveniencia entre los pacientes usuarios de cada centro y que la institución consideraba que requerían educación en salud, generalmente por presentar una enfermedad que requería controles periódicos, o por cuadros difusos que generaban consultas frecuentes; igualmente se hizo extensivo a pacientes que quisieran mejorar sus prácticas de auto cuidado en salud. Reuniendo una de estas condiciones, pacientes que quisieran vincularse, a quienes se les realizó un proceso educativo sobre

prácticas saludables, previo al cual se efectuó el presente estudio que permitía además identificar los factores protectores y de riesgo para la salud de cada participante. Se respetó la decisión de quienes se mostraron renuentes a colaborar.

Las variables tenidas en cuenta para lograr los objetivos del trabajo son: edad (años), género, ocupación (empleo fijo, desempleado, subempleado, independiente), seguridad social (Saludvida, Selvasalud, Caprecom, Solsalud, Sisben, SOS, ISS), vive con (hijo, pareja-hijos, familia extensa, solo, familiares, hermanos, pareja, otros), ingresos hogareños (menor de 1 SM, de 1 a 2 SM, más de 2 SM), funcionalidad familiar²² (apgar familiar, buena función, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa), redes sociales²³ (Ecomapa), depresión (escala de Zung para depresión²⁴, ausente, leve, moderada, grave) ansiedad (escala de Zung para ansiedad²⁵, ausente, subclínica, grave, muy grave), estrés (bajo, medio, alto)²⁶ actitudes en salud (cuestionario de actitudes en salud²⁷, somatizador, no-somatizador), y un cuestionario sobre prácticas en salud que evalúa los aspectos de nutrición, ejercicio, calidad de vida, autocontrol del estrés, factores de riesgo, salud como valor, asertividad, autocontrol, a mayor calificación, mejores prácticas en salud.

Con los resultados del trabajo de campo se diseñó una base de datos mediante el programa Excel 2003 (Microsoft Corporation), la cual fue analizada empleando el programa estadístico SPSS versión 15 (SPSS Inc.). Las variables razón se describieron mediante promedios, desviaciones estándar, máximos y mínimos, las variables proporción mediante tablas de frecuencia. La relación entre variables proporción se probó mediante la prueba de χ^2 y entre variables razón y proporción mediante pruebas t para grupos independientes, y análisis de varianza según el caso. Todos los análisis se efectuaron con un nivel de significancia $\alpha=0,05$.

La información suministrada durante la realización del presente estudio se utilizó de manera confidencial y sólo para fines científicos. Se tuvo en cuenta la limitación de algunas personas para la realización de la encuesta (analfabetas, dificultad en la comprensión de algunos ítems, entre otros), para lo cual se les prestó la debida colaboración. Se respetó la idiosincrasia de cada persona y en ningún momento los investigadores emitieron juicios de valor.

Resultados

La Tabla 1 muestra las variables demográficas obtenidas: participaron 157 mujeres (83,5%) y 30 hombres (16 %); 73% provienen del área urbana de la ciudad de Manizales, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, con una media de 57,3 años. Aproximadamente el 75% pertenecían al régimen subsidiado y 12,8% al Sistema de Seguridad Social de Colombia SISBEN (Tabla 1). Así mismo el 84,1% viven acompañados (familia extensa, hijos, amigos, pareja) y solo el 8% viven solos. Con respecto al ingreso económico 90 participantes (47,9%) ganan menos de 1 salario mínimo, seguido de 22 (11,7%) que ganan de 1 a 2 salarios mínimos y solo 1 de ellos (0,5%) gana más de 2 salarios mínimos.

Al analizar la funcionalidad familiar y como se aprecia en la Tabla 2, se encontró que 78 (41,5%) tienen buena función familiar y 22 (12%) disfunción familiar severa. De las 188 personas participantes se encontró ansiedad subclínica en 109 (58%) y tan solo 55 (29%) no presentan ningún tipo de ansiedad. De todas las personas estudiadas 83 (44,1%) no presentan depresión, depresión leve en 45 (24%) y depresión grave en 8 (4,5%). Con respecto al nivel de estrés se encuentra que 128 (68%) tienen bajo nivel de estrés comparado con 12 (6,5%) que tienen alto nivel de estrés. Referente a la variable medida somatización, el 95 (50,5) la presentan.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de la Población de pacientes de Assbasalud participantes.

Variable	N (188)	%	
Género	Femenino	157	83,5
	Masculino	30	16
	Faltantes	1	0,5
Edad (Años)	Promedio	51,3	
	Des. Estándar	17,9	
	Mínimo	15	
	Máximo	88	
Seguridad social	Saludvid	67	35,6
	Solsalud	64	34,0
	Sisben	24	12,8
	Caprecom	8	4,3
	ISS	5	2,65
	Selvasal	4	2,1
	Otros	7	3,72
Procedencia		10	5,3
	Manizales	136	72,3
	Tolima	4	2,1
	Antioquia	2	1,1
	Aránzazu	2	1,1
	Neira	2	1,1
	Pacora	2	1,1
	Valle	2	1,1
	Otros	18	9
	Faltantes	20	10,6
Trabajo	Desempleado	91	48,4
	Independiente	22	11,7
	Empleo fijo	5	2,7
	Subempleado	4	2,1
	Contati	1	0,5
	Estudiante	1	0,5
	Fijo	1	0,5
	Pensionado	1	0,5
	Faltantes	62	33,0

Vive con	F. Exten	72	38,3
	Hijos	37	19,7
	Pareja – H	33	17,6
	Solo	15	8,0
	Pareja	14	7,4
	Amigo	2	1,1
	Otros	8	4,7
	Faltantes	7	3,7
Ingreso hogareño	Menos de	90	47,9
	De 1 a 2	22	11,7
	1-2 SM	4	2,1
	Mas de 1	1	0,5
	Mas de 2	1	0,5
Faltantes	70	37,2	

Tabla 2. Variables psicológicas encontradas en la población de pacientes de Assbasalud participantes

Variable	N	%	
Funcionalidad Familiar	Buena función	78	41,5
	Disfunción leve	51	27
	Disfunción moderada	31	16,5
	Disfunción severa	22	12
	TOTAL	182	97
	Faltantes	6	3
Ansiedad	Subclínica	109	58
	Ausente	55	29
	Grave	12	6,5
	TOTAL	176	93,5
	Faltantes	12	6,5
Depresión	No	83	44,1
	Leve	45	24
	Moderada	25	13,5
	Grave	8	4,5
	TOTAL	161	100
Faltante	27	14,4	
Estrés	Bajo	128	68
	Medio	34	18
	Alto	12	6,5
	TOTAL	174	92,5
Faltante	14	7,5	
Somatización	Si	95	50,5
	No	57	30,5
	TOTAL	152	81
	Faltante	36	19

La Tabla 3 muestra los puntajes promedios de las variables psicológicas obtenidas para la población en estudio. La funcionalidad familiar presenta un promedio de 15,3 correspondiente a disfunción leve, la ansiedad según Zung muestra un promedio de 29,9 correspondiente a ansiedad subclínica, la depresión según Zung tiene un promedio de 41,1, que corresponde a depresión leve, el estrés muestra un promedio de 6 (estrés medio), y el promedio de somatización es de 45 (somatización = si). La Tabla 3 también incluye los promedios para las variables Ecomapa, y prácticas en salud, las cuales no tienen categorización, pero que están valoradas de tal forma que a mayor puntaje mejores relaciones con el medio (Ecomapa) y mejores prácticas de salud.

Tabla 3. Puntajes promedios de las variables psicológicas encontradas en la población de pacientes de Assbasalud participantes

Variable	μ	σ	Min	Max
Apgar (N=182)	15,3	4,8	0	20
Ansiedad (N=176)	39,9	7,4	26	59
Depresión (N=161)	41,1	8,3	23	64
Estrés (N=175)	6	10,1	0,1	84,2
Ecomapa (N=166)	28,7	3,46	18	40
Somatización (184)	45	14,6	12	80
Prácticas en Salud (145)	63,9	9,5	39	83

Las figuras 1 y 2 muestran los histogramas para las dos variables dependientes estudiadas (somatización y prácticas de salud)

Relaciones entre variables

Empleando la prueba de χ^2 se probó la dependencia entre la variable somatización y otras variables consideradas, encontrándose relación significativa entre la variable somatización y la ansiedad según Zung ($p=0,000$), como muestra la Figura 3; en ella se aprecia claramente que los pacientes que presentan

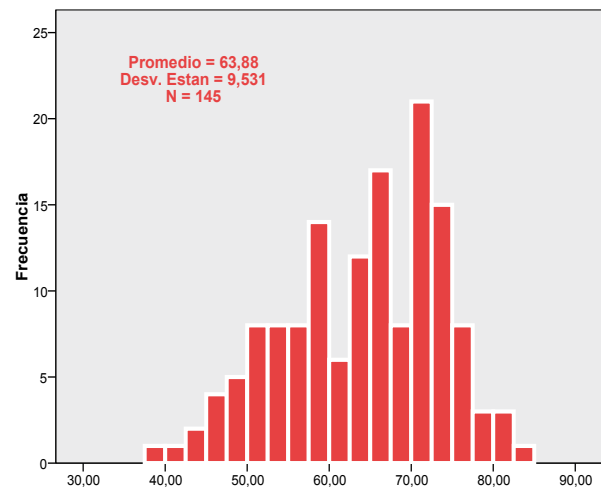


Figura 1. Histograma de las tendencias somatizadoras encontradas en la población de usuarios de ASSBASALUD escogida.

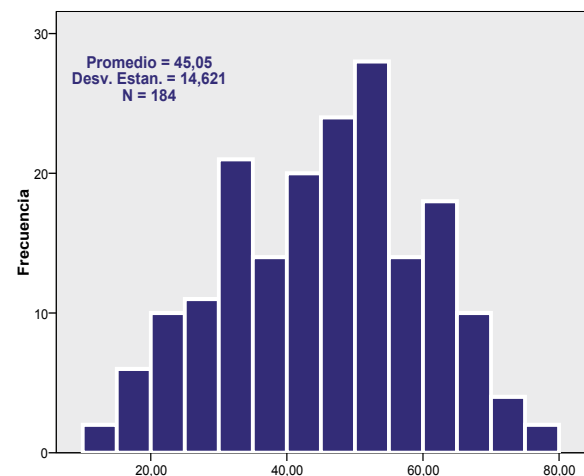


Figura 2. Histograma de las Prácticas de Salud encontradas en la población de usuarios de ASSBASALUD escogida

ansiedad subclínica muestran una proporción mayor de somatización que aquellos que presentan ansiedad ausente. Análogamente ocurre con relación a la variable depresión según Zung ($p=0,005$), las personas que no presentan depresión son en menor proporción somatizadores.

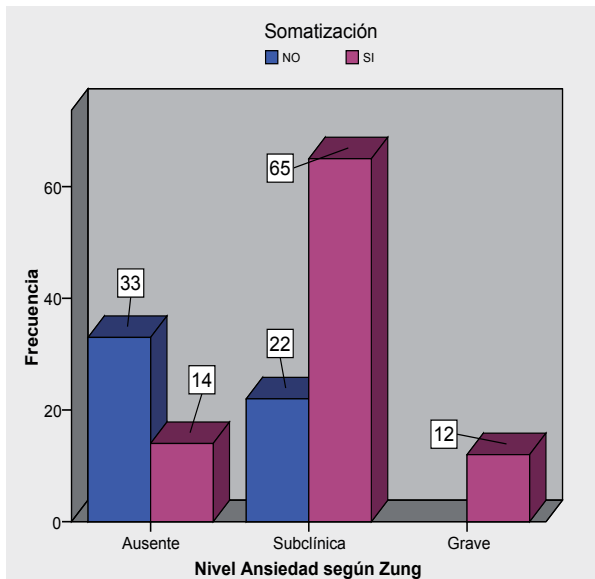


Figura 3. Relación entre somatización y ansiedad según Zung en la población de usuarios de ASSBASALUD

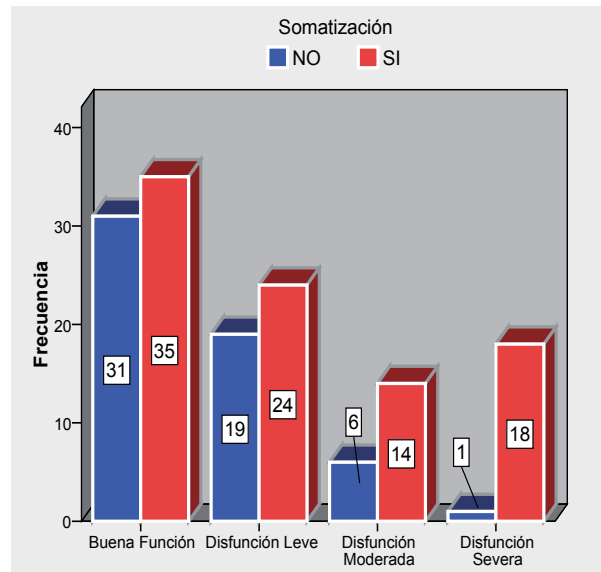


Figura 5. Relación entre la funcionalidad familiar y la somatización para la población estudiada

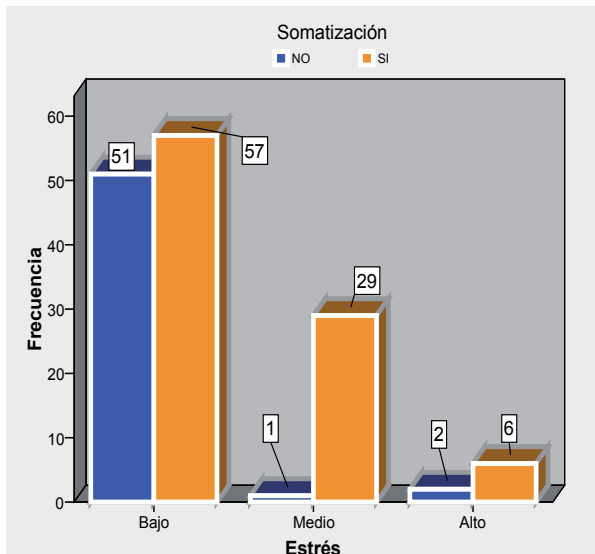


Figura 4. Relación entre las variables somatización y estrés presentadas por la población estudiada.

La variable somatización mostró dependencia significativa de la variable estrés ($p=0,000$) como se observa en la figura 4. Allí es notorio que existe mayor proporción de no-somatizadores entre las personas que presentan un estrés bajo.

También mostraron dependencia significativa con la variable somatización, la variable ingreso hogareño ($p=0,001$), en el sentido de que los participantes en el estudio que reportan ingresos menores de un salario mínimo, muestran mayor proporción de somatización.

Análogamente la funcionalidad familiar presenta relación significativa con somatización ($p=0,007$) como se observa en la Figura 5. Esta Figura muestra también que existe mayor proporción de pacientes somatizadores en familias que presentan disfunción severa.

Empleando análisis de varianza, se probó la relación entre la otra variable principal del trabajo, prácticas en salud, y otras variables consideradas: se encontró dependencia significativa con la medida de ansiedad según Zung ($p=0,014$) como indica la Figura 6. En esta Figura es notorio que las personas que presentan ansiedad ausente tienen mejores prácticas de salud.

Análogamente las prácticas de salud mostraron dependencia con la depresión según Zung ($p=0,008$), y con la variable somatización según análisis de varianza ($p=0,002$)

como se observa en la Figura 7, en el sentido de que las personas que no muestran depresión presentan mejores prácticas de salud, y a su vez, las personas que no presentan somatización muestran mejores prácticas de salud.

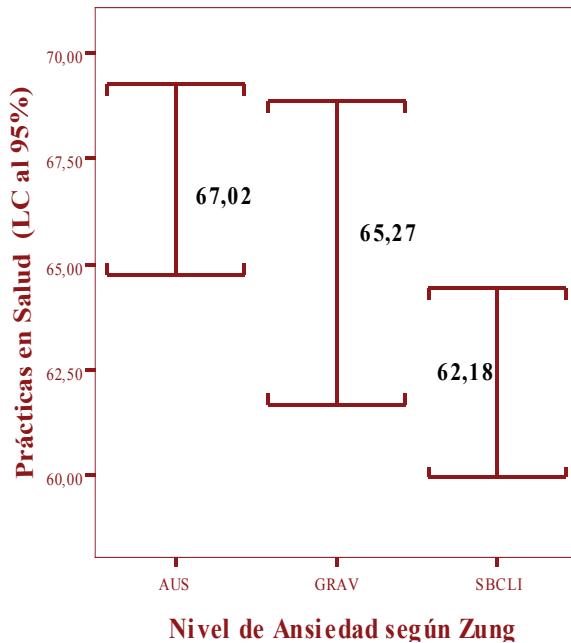


Figura 6. Relación entre la medida de ansiedad según Zung y prácticas de salud para la muestra de pacientes de ASSBASALUD participantes en el estudio.

No mostraron dependencia las variables género ($p=0,175$), vive con ($p=0,149$), y trabajo ($p=0,465$).

Al nivel $p<0,1$ la variable prácticas en salud muestra dependencia con la funcionalidad familiar ($p=0,093$). Aunque esta dependencia no es muy fuerte, de todas maneras las personas que presentan buena funcionalidad familiar, tienen tendencia a presentar mejores prácticas de salud.

No hubo relación significativa entre prácticas de salud y estrés ($P=0,285$), género ($p=0,843$), vive con ($p=0,331$), ingreso ($p=0,866$), trabajo ($p=0,935$). La edad de los participantes en el estudio no mostró dependencia ni con la va-

riable somatización ($p=0,543$), ni con prácticas en salud ($p=0,734$).

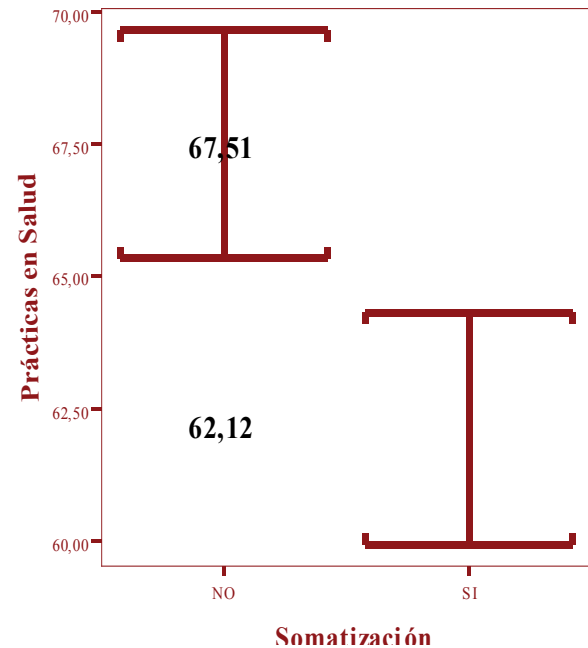


Figura 7. Dependencia de prácticas de salud con somatización en la población interviniente en el trabajo.

Discusión

La somatización se ha definido como la “expresión somática del estrés psicosocial”²⁸, o como “la expresión del distrés personal y social en un idioma de quejas o síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica”²⁹. Bass y Benjamin estiman su prevalencia entre 0,2 y 2% en mujeres y menos de 0,2% en hombres³⁰; por su parte, Florenzano et al. en un estudio multicéntrico de la OMS sobre “Síntomas Psicológicos en Atención Primaria de Salud”³¹, reportan para Santiago de Chile una prevalencia de este trastorno de 2,7% según criterios de la CIE¹⁰, cifra que se eleva a 8,9% usando los criterios de Escobar³²; concluyen que la población con una patología médica crónica presentaría mayor riesgo de desarrollar un

cuadro de somatización, evidenciando además que los cuadros depresivos presentan una fuerte asociación con la presencia de múltiples síntomas de somatización.

En un estudio realizado por Tobon S, Vinnaccia S, Sandin B, en el año 2003²⁹, es claro que los niveles de ansiedad, estrés y depresión tienen una cercana relación con la prevalencia de somatización, generando esta a su vez problemas físicos como dispepsia funcional, entre otros problemas gastrointestinales. Igualmente la falta de apoyo social y afrontamiento pueden contribuir a los elevados niveles de depresión y esto a su vez conduce al incremento de la somatización, resultado que se confirma en el presente estudio, en el que además se encontró que las relaciones familiares disfuncionales severas incrementan el índice de somatizadores.

La depresión, patología frecuente en la atención primaria, se constituye en el tercer motivo de consulta, con una prevalencia entre 5% y 25%; a nivel nacional y mundial es uno de los principales problemas de salud pública³³. Sin embargo, muchos pacientes que sufren depresión no están diagnosticados y la mayoría no recibe tratamiento apropiado.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado anímico decaído, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés por el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida³⁴. Entre los factores que contribuyen a su incremento según la OMS, están: la longevidad, acelerados cambios psicosociales, incremento de enfermedades crónicas, altos niveles de estrés y ansiedad, antecedentes, tanto personales como familiares, de depresión y suicidio³⁵. Otros factores asociados incluyen: bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y disfuncionalidad familiar³⁴. Hallazgos análogos a los del presente estudio, en el que se confirma que la disfuncionalidad familiar, el ingreso económico bajo, el estrés y

la ansiedad contribuyen a una mayor morbilidad de depresión, con la consecuente somatización; la funcionalidad familiar valorada con el APGAR, tiene relación con la somatización, pues esta conlleva a malas prácticas de autocuidado y a la consecuente presencia de trastornos psiquiátricos. Esto coincide a su vez con lo reportado en un estudio realizado en México, donde evaluaron 17 pacientes que consultaban por síntomas ansiosos y depresivos; se encontró algún síntoma somático concluyendo que los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de somatización³⁶.

Con respecto a los diferentes niveles de depresión (leve, moderada y severa), en el presente estudio se encontró que el 24% presentan depresión leve, 13,2% moderada, comparado con un estudio realizado en dos hospitales de Barranquilla Colombia, en el cual se evaluaron 339 pacientes que asistieron a consulta externa en el año 2002³⁴, donde se encontró que el 20% presentan depresión moderada y el 10% depresión leve, valores que no difieren mucho y confirman que un gran porcentaje de la población tienen algún grado de depresión.

En el presente estudio también se encontró dependencia de las prácticas de salud con la depresión, observándose mejores prácticas de salud y calidad de vida en los pacientes que no presentaban depresión. Resultados semejantes a los encontrados en un estudio descriptivo transversal realizado por Tuesca-Molina et al en Barranquilla³⁷, en donde se evaluaron mediante encuestas estructuradas 1000 pacientes mayores de 60 años, para concluir que los episodios depresivos de los pacientes tienen implicaciones en el estilo de vida, lo que menoscaba en gran modo la calidad de vida; igualmente, una buena función familiar se relaciona con menos frecuencia de episodios depresivos.

El estrés es la condición que resulta cuando existe una discrepancia, real o percibida, entre las demandas de la situación y los recursos

biológicos, psicológicos o sociales que el individuo interpreta como una amenaza que pone en peligro su bienestar. En el presente estudio se encontró una gran dependencia de la somatización al estrés, observándose menor frecuencia de somatizaciones en los pacientes con bajo nivel de estrés y mayor frecuencia de somatizaciones en los pacientes con mayor nivel de estrés.

Hallazgos similares a los obtenidos por Jaramillo D et al ³⁸, quienes estudiaron 199 pacientes que consultaban por algún grado de estrés (postraumático o por maltrato), el cual evidencia que la población estudiada se caracteriza por presentar una tendencia a la somatización; también son semejantes a los obtenidos por Humphreys ³⁹ los cuales indican que las mujeres con estrés presentan, depresión y ansiedad con mayor frecuencia. En el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, ³⁸ el 4,3% de las mujeres presentaron trastorno por tensión post-traumática alguna vez en la vida y 1,1% en los últimos doce meses. Estas cifras duplican los porcentajes de aparición en los hombres. De igual manera, los trastornos afectivos y los episodios depresivos son más profundos en las mujeres que en los hombres.

En conclusión, la somatización es un fenómeno frecuente, pero poco estudiado en pacientes que consultan por el cuidado de su salud. A partir de los resultados se confirmó la comorbilidad de ansiedad y depresión en la somatización. Las malas prácticas de auto cuidado, la disfuncionalidad familiar y la coexis-

tencia de alteraciones psiquiátricas conllevan a que los diferentes estilos de vida se deterioren, llevando éstas a la somatización, lo que genera un incremento de las demandas en los servicios de salud, congestión de las redes en salud y un aumento en los costos.

Los resultados del presente estudio servirán para apoyar futuras investigaciones dado que dan un aporte a la comprensión de la comorbilidad entre los diferentes trastornos psiquiátricos, disfunción familiar, malas prácticas de auto-cuidado y la consecuente presencia de somatización. Como sugerencia para futuras investigaciones está el incluir una categoría que permita diferenciar entre el tipo de usuario de los servicios de salud, por ejemplo paciente abusador de consulta o hiperconsultador ^{2, 7}, con el paciente que consulta periódicamente para control de una patología de base (hipertensión arterial, gestante, entre otros) y que además sigue las indicaciones dadas, del paciente que consulta cuando el cuadro clínico lo amerita, especificando claramente los criterios base para esta delimitación.

Se refuerza la importancia de fortalecer la promoción y prevención en salud, de realizar un adecuado abordaje de los aspectos psicosociales con un manejo integral en este tipo de patologías y demandas en salud. De esta manera se previenen las posibles acciones iatrogénicas si la atención no es coordinada, lo que genera además un ahorro de costos por el uso excesivo del sistema de salud si su diagnóstico no es adecuado y oportuno.

Literatura citada

- 1 Lipowski ZJ: **Somatization: the concept and its clinical application.** *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368.
- 2 Arranz-Campillo C, Jiménez-Torres MJ. **Abordaje del paciente somatizador en la práctica médica.** En: Vallejo-Ruiloba J (director). *Psiquiatría y atención primaria.* Barcelona: Ediciones Médicas, S.L.; 2004. p. 19-25.
- 3 Barsky AJ, Stern TA, Greenberg DB, Cassem NH.. **Functional Somatic Symptoms and Somatoform Disorders.** En: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum, Jellinek MS (director): **Massachusetts General Hospital, Handbook of General Hospital Psychiatry.** 4º ed. St Louis: Mosby; 1997. P. 305-336.
- 4 American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 4º ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2002.
- 5 Pichot P. **DSMIV. Breviario. Criterios diagnósticos.** Barcelona: Masson, 1995.
- 5 Janca A, Burke JD, Isaac M. **The World Health Organization somato-form disorders schedule. A preliminary report on design and reliability.** *Eur J Psychiatry* 1995;10:373-8.
- 6 Simon G, Von Korff M. **Somatization and Psychiatric Disorders in the epidemiological study area of the National Institute of Mental Health.** *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1494-500
- 7 Brown F, Golding J, Smith R. **Psychiatric Comorbidity in the Somatization Disorder in the Primary Care.** *Psych Med* 1990; 52: 445-51
- 8 Barsky A.. **Patients who amplified physical sensations.** *Ann Int Medicine* 1979; 91: 63-70
- 9 Mayou R, Sharpe M. **Treating medically unexplained physical symptoms.** *Br Med J* 1997; 315: 561
- 10 Baamonde G, Morales V, Guadalupe A. López S. **Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica.** *Rev Enferm IMSS* 2003; 11 (2): 77-81.
- 11 Sanabria F, González Q, Urrego M. **Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. estudio exploratorio.** *Ver. Med.* 2007; 15(2):207-217.
- 12 Ramírez H. **Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable.** *Colomb Med.* 2002; 33: 3-5.
- 13 Sassi M, Beria J, Fiori N, Barlotto A. **Prevalencia de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no sul do brasil.** *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20(1): 22-28.
- 14 Smith TW, Orleans CT. **Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda.** *Health Psychology.* 2004; 23(2): 126-31.
- 15 Díaz-Llanes G. **El comportamiento en psicología de la salud.** En: Hernández-Meléndez E, Grau-Abalo J, (editores). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.* México: Universidad de Guadalajara; 2005. p 179-99.
- 16 Gómez L, Duperlyb J, Lucumía D, Gámez R, Venegas A. **Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados.** *Gac Sanit.* 2005; 19(3):206-213.
- 17 Clark M. **Management of chronic disease by patients.** *Annu rev public health* 2003; 24: 289-313.
- 18 Griga A, Thommasen H, Tildesley H, Michalos A. **Comparing self-rated health, satisfaction and quality of life scores between diabetics and others living in the bella coola valley.** *Social Indicators Research* 2006; 76:263-281.
- 19 Azpiazu G. **Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años.** *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76 (6): 683-699.
- 20 Esteve M, Roca J. **Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta.** *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 458-459.
- 21 Velarde J, Avila F. **Evaluación de la calidad de vida.** *Salud pública Méx* 2002; 44(4): 349-361.
- 22 Smilkstein G. **Family APGAR analysed.** *Fam Med* 1993; 5:293-4.
- 23 Molina U. **Salud Familiar.** Bogotá : Ascofame ; 1988.
- 24 Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. **Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia.** *Rev Col Psiqui* 2005; 34(1): 54-62.
- 25 Knight RG, Waal-Manning HJ, Spears GF. **Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale.** *Br J Clin Psychol* 1983; 22:245-9.
- 26 SURATEP. **Manejo y Control del estrés.** Medellín: SURATEP SA; 1998.
- 27 Noyes R, Langbehn D, Happel RL, Sieren LR, Muller BA. **Health attitude survey. A scale for assessing somatizing patients.** *Psychosomatics* 1999; 40:470-478.
- 28 Lipowski ZJ. **Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms.** *Psychother Psychosom* 1987;47:160-7.

- 29 Tobon S, Vinaccia S, Sandin B. **Implicación del estrés psicosocial y los factores psicologicos en la dispepsia funcional.** *Anales de Psicología* 2003; 19(2):223-234.
- 30 Bass C, Benjamin S. **The Treatment of Chronical Somatization.** *Br J Psychiatry* 1993; 162: 472-80
- 31 Florenzano R, Acuña J, Fullerton C. **Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile.** *Rev Méd Chile* 1998; 126: 397-405
- 32 Escobar J, Golding J, Hough R. **Somatization in the Community: Relationship to Disability and Use of Services.** *Am J Public Health* 1987; 77: 837-40
- 33 Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides, Gil Laverde JF, Tamayo N, Rey Sánchez D. **Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión.** *Rev. Colomb. Psiqui.* 2007; 36(3) : 439-450.
- 34 Peñuela M, Baquero I, Amador C, Castillo E, Daza J. **Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia)** *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2004; 18: 20-29.
- 35 Velasco S, Ruiz M^a, Álvarez D C. **Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.** *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 317-333.
- 36 Saucedo M, Mendieta C, Vázquez G, Salinas M. **Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad.** *Medicina Universitaria* 2005; 7(28):123-7.
- 37 Tuesca M, Fierro H, Molinares S, Oviedo S, Polo A, Polo C, Sierra M. **Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia.** *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 595-604.
- 38 Jaramillo D, Uribe T M^a, Ospina D, Cabarcas G. **Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003.** *Colomb Med* 2006; 37: 133-141.
- 39 Humphreys J. **Spirituality and distress in sheltered battered women.** *J Nurs Scholarsh* 2000; 32: 273-278.

