

Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica

Psychosomatic disorders and their relationship with alexithymia, anxiety, depression and seeking for psychological help

Carolina Baeza Velasco¹, Antonio Bulbena Vilarrasa¹,
Caroline Fénétrier² y Marie-Christine Gély Nargeot²

RESUMEN

El objetivo de este estudio *ex post facto* fue evaluar la prevalencia de algunos trastornos psicósomáticos en un grupo de adultos jóvenes, así como examinar su relación con la alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica o psiquiátrica. Una muestra de 365 estudiantes de una universidad francesa respondió un cuestionario de afecciones neuropsicósomáticas, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el cuestionario de Alexitimia de Toronto. Los resultados muestran el nivel de las alteraciones psicósomáticas evaluadas. Los trastornos más frecuentes fueron los dolores articulares y lumbalgia, alergias nasales y jaqueca. Los participantes, con al menos cuatro trastornos psicósomáticos, puntuaron, significativamente, más alto en la alexitimia y en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, presentaron más depresión y habían consultado en mayor medida a un psicólogo o psiquiatra. La alexitimia no resultó ser un predictor de la pertenencia al grupo con más trastornos psicósomáticos, sino que la ausencia de ansiedad-rasgo y de demanda de ayuda psicológica o psiquiátrica resultaron factores protectores en este grupo.

Palabras clave: Enfermedades psicósomáticas; Alexitimia; Depresión; Ansiedad.

ABSTRACT

The purpose of this ex post facto study was to assess the prevalence of some common psychosomatic diseases in young adults and to examine their relationship with alexithymia, anxiety, depression and seeking for psychological and/or psychiatric help. A sample of 365 undergraduate students from a French university was assessed with a questionnaire of neuropsychosomatic afflictions, the State-Trait Anxiety Inventory, and the Toronto Alexithymia Scale. Results show the level of the assessed psychosomatic disorders. The most frequent afflictions were joint pain and back pain, nasal allergies, and migraine. Participants with at least four psychosomatic disorders had more depression and scored significantly higher on factor 1 of TAS-20 and STAI state and trait. They had also sought for psychological help to a greater extent. Alexithymia was not a predictor of membership of more psychosomatic disorders group, but the absence of anxiety and lack of demand for psychological or psychiatric help were protective factors against membership to this group.

Key words: Psychosomatic disorders; Alexithymia; Depression; Anxiety.

¹ Facultat de Psicologia, Universidad Autónoma de Barcelona, Edificio U, Campus UAB, 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès - Barcelona), Barcelona, España, correos electrónicos: c.baezavelasco@gmail.com y abulbena@acmb.es. Artículo recibido el 1 de septiembre de 2010 y aceptado el 10 de enero de 2011.

² Université Paul Valéry III, Laboratoire de Psychopathologie et Société, Route de Mende 34199, Montpellier Cedex 5, Francia, correos electrónicos: carofenetrier@hotmail.fr y marie-christine.gely-nargeot@univ-montp3.fr.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psicosomáticas son procesos patológicos caracterizados por síntomas físicos de causas múltiples, pero cuya aparición y desarrollo se ven influidos en buena medida por variables psicológicas (Baeza, 2010; Muñoz y Barba, 2007). Estos trastornos son bastante comunes en la población general. Se ha observado una prevalencia que varía de 2% hasta más de 50%, debido probablemente a los diferentes criterios utilizados en los estudios (Mattila, Kronholm, Jula y cols., 2008). Se considera además que los trastornos psicosomáticos representan alrededor de la mitad de todas las consultas médicas en la atención primaria (Ávila, 2006). Si bien los adultos jóvenes suelen estar libres de problemas serios de salud, la prevalencia de los hábitos nocivos, síntomas psicosomáticos y problemas psicológicos ha mostrado una tendencia creciente entre ellos (Tahin, 1985). En el estudio epidemiológico prospectivo de Lieb, Zimmermann, Friss y cols. (2002) de una muestra de 2,548 adolescentes y adultos jóvenes se encontró que la tasa de incidencia era de 25.7%. García, Lobo, Pérez y Campos (1998), por su parte, observaron una asociación entre somatización y adultez joven.

De acuerdo con Mattila y cols. (2008), las alteraciones psicosomáticas se han asociado a un malestar subjetivo y discapacidad; quienes los padecen, hacen un uso desproporcionadamente elevado de recursos sanitarios, se muestran frecuentemente insatisfechos de la atención médica recibida al no lograr aliviar sus padecimientos, y tienden a negar la influencia psicosocial en sus síntomas, resistiéndose a la derivación psicológica o psiquiátrica (Barsky, Orav y Bates, 2005).

Algunas de las enfermedades psicosomáticas más comunes descritas en la literatura y evaluadas en este estudio ocurren en los sistemas digestivo, respiratorio, nervioso, endocrino y locomotor.

Sistema digestivo: Colon irritable, que es una enfermedad gastrointestinal caracterizada por alteraciones del ritmo intestinal, estreñimiento diarrea y dolor abdominal (Bulbena, Benito, Pailhez y cols., 2004). Se ha observado que el malestar emocional produce en el aparato digestivo un aumento de la irritabilidad colónica (Mayer, 2000).

Sistema respiratorio. Asma, que es una enfermedad respiratoria de la vía aérea caracterizada por episodios repetitivos de "silbidos", sensación de ahogo, opresión en el pecho y tos (Bulbena y cols., 2004). Alergias nasales tales como la rinitis, que es una inflamación de la mucosa que recubre las fosas nasales y cursa con obstrucción nasal, rinorrea, estornudos y disminución del olfato. Sinusitis, un proceso infeccioso que se desarrolla en los senos paranasales. Faringitis, que es la inflamación de la mucosa que reviste la faringe (parte posterior de la garganta), que produce dolor al tragar, inflamación de las amígdalas y fiebre más o menos elevada. Las condiciones de vida, las crisis de roles y el aislamiento social han demostrado su influencia en la génesis de ciertas enfermedades respiratorias tales como el asma, las infecciones de las vías respiratorias altas y las rinitis estacionales (Jacobs, Spilken, Norman y Anderson, 1970). Se ha evidenciado que el asma bronquial se relaciona con determinados aspectos psicológicos como la ansiedad, llegándose a la conclusión de que entre mayor es el grado de ansiedad, menor es el funcionamiento respiratorio (De Pablo, Picado, Martín y Subid, 1988).

Sistema nervioso. Cefalea de tensión, que se siente en la parte alta de la cabeza y es un dolor continuo, vinculado normalmente con una contracción sostenida de los músculos de la cabeza y del cuello, la cual se ha asociado a altos niveles de ansiedad (Bulbena y cols. 2004). Jaqueca o migraña, que es un dolor más severo y pulsátil que se siente en un lado de la cabeza y que cursa también con náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia. Existen estudios que demuestran que la frecuencia de los desórdenes afectivos es tres veces mayor entre quienes sufren jaqueca que entre la población general, aumentando este predominio en las personas que padecen diariamente de dolor de cabeza crónico (Muñoz y Barba, 2007). Fatiga crónica, que se refiere a un estado de astenia o cansancio crónico de más de seis meses de duración, acompañado o no de mialgias, cefaleas, estado depresivo, insomnio o hipersomnia, sin que haya un desencadenante obvio (Bulbena y cols., 2004). Se ha descrito que la fatiga crónica se asocia con trastornos psiquiátricos (Wessely, Chalder, Hirsch, Wallace y Wright, 1996).

Sistema endocrino: Hipotiroidismo, que tiene en su base un proceso autoinmune y que es un síndrome que expresa un menor efecto de las hormonas tiroideas en las células. Entre sus manifestaciones clínicas están la fatiga, letargia, estreñimiento, intolerancia al frío, rigidez y contractura muscular, síndrome del túnel carpo y trastornos menstruales. La literatura sugiere una asociación entre la disfunción tiroidea y los trastornos depresivos; además, se ha observado que las hormonas tiroideas pueden ser alteradas por el estrés crónico (Brown, Bonello y Pollard, 2005).

Aparato locomotor: Artralgias (dolores articulares) y lumbalgia (dolor de espalda), que son muy frecuentes en la población; estas alteraciones han sido asociadas a estados ansiosos (Baeza y Bulbena, 2010).

Se ha descrito que la alexitimia podría ser un factor predisponente para las dolencias psicosomáticas (Almeida y Machado, 2004). De acuerdo con Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), la alexitimia puede definirse como un constructo que consta de cuatro características de carácter cognitivo-afectivo: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos; 2) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales; 3) reducción o ausencia de pensamiento simbólico (falta de habilidad imaginativa), y 4) pensamiento orientado hacia los aspectos concretos de la existencia en detrimento de los aspectos afectivos, lo que correspondería al “pensamiento operatorio” de Marty y de M’Uzan (1963), de la Escuela de Psicosomática de París, condición que implica un modo de funcionamiento cognitivo desprovisto de contenido afectivo.

De acuerdo con Taylor, Bagby y Parker (1997), la alexitimia es considerada como un déficit en el procesamiento cognitivo y en la regulación de las emociones. Según Luminet (2003), las personas alexitímicas son más vulnerables a las afecciones somáticas debido a su dificultad para establecer una diferenciación entre los sentimientos y sensaciones corporales que acompañan la activación fisiológica. Para Taylor y cols. (1997), la relación entre alexitimia y somatización es indirecta, pues aquella es un factor de riesgo de problemas interpersonales y desadaptación social, lo que genera

emociones negativas que tienden a cronificarse por el déficit en la regulación emocional; la persona solo comprende un malestar indefinido que puede etiquetar como estrés o fatiga. Finalmente, la emoción negativa a través de sus concomitantes fisiológicos determina alteraciones psicosomáticas a través de funciones y órganos, a cuyo desbalance la persona está predispuesta por factores genéticos, históricos y ambientales.

Aunque muchos son los estudios que apoyan la asociación entre alexitimia y somatización, también hay excepciones (Mattila y cols., 2008), pues en varios de estos estudios los trastornos psicosomáticos, los niveles de psicopatología y los factores demográficos no han sido controlados (De Gucht y Heiser, 2003; Kooiman, 1998). Tanto la alexitimia como los trastornos psicosomáticos están asociados a psicopatologías como depresión (Luminet, Bagby y Taylor, 2001) y ansiedad, así como a factores sociodemográficos tales como la edad y el sexo; por lo tanto, no es posible conocer la naturaleza de la asociación entre la alexitimia y los trastornos psicosomáticos sin controlar las variables antes mencionadas (Mattila y cols. 2008). En este sentido, estudios que han seguido esta recomendación muestran resultados contradictorios. Por ejemplo, Almeida y Machado (2004), en su estudio con 143 pacientes somatizadores en atención primaria, observaron inicialmente una asociación positiva y moderada entre somatización y alexitimia, pero al controlar el nivel de ansiedad y depresión esa asociación disminuyó significativamente, por lo que los autores concluyen que la alexitimia no se reveló como un factor predictor de la somatización. Por el contrario, Mattila y cols. (2008), en su estudio de una población de 5,129 personas, observaron que la asociación entre la primera y los segundos era independiente de los trastornos mentales más comunes y de los factores sociodemográficos, lo que concuerda con los resultados de Luminet y cols. (2001).

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar la prevalencia de trastornos psicosomáticos en un grupo de adultos jóvenes y examinar su relación con la alexitimia, la ansiedad, la depresión y la demanda de ayuda psicológica o psiquiátrica.

MÉTODO

Participantes

La muestra de participantes final estuvo integrada por 365 estudiantes, de los cuales 74 fueron hombres (20.3%) y 291 mujeres (79.7%), con una edad promedio de 21.23 ± 2.11 y un rango de 18 a 30 años.

Instrumentos

Cuestionario de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994). Esta es una escala autoadministrada de 20 ítems, cada uno de los cuales se puntúa a través de una escala tipo Likert de cinco puntos que muestra el grado de conformidad o disconformidad con el enunciado. Se trata de una de las medidas más comunes de la alexitimia. Evalúa tres factores: dificultad para identificar emociones (F1), dificultad para comunicar emociones (F2) y pensamiento concreto (F3). Según Parker, Taylor y Bagby (2003), esta estructura de tres factores proporciona un buen ajuste a los datos, mejor que un modelo unidimensional y un modelo de dos factores. Una puntuación total igual o mayor a 56 en el TAS-20 indica alexitimia (Loas, Otmani, Fremaux y cols., 1996). La escala tiene una buena consistencia interna ($\alpha > .70$). La validación francesa confirma estos buenos resultados (Loas, Otmani, Verrier, Fremaux y Marchand, 1996). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Gauthier y Bouchard, 1993, en versión francesa). Esta es una escala autoadministrada que consta de veinte ítems relacionados con la ansiedad estado y otros veinte con la ansiedad rasgo. Utiliza una escala de calificación de cuatro puntos (0-3), con una puntuación global que puede oscilar entre 0 y 60 en cada escala. La ansiedad estado hace referencia a un estado transitorio y fluctuante en el tiempo, en contraposición a la ansiedad rasgo, que se refiere a una dimensión más estable de la personalidad (Baeza, Bulbena y Bravo, 2010). Se consideró con alta ansiedad rasgo/estado a aquellos alumnos que alcanzaron una puntuación igual o mayor a 56 en ambas escalas. La versión francesa del STAI presenta una adecuada consistencia interna tanto en

la ansiedad estado ($\alpha = 0.90$) como en la ansiedad rasgo ($\alpha = 0.91$).

Versión adaptada de la escala ALPIM (Anxiety, Laxity, Pain, Immunology, and Mood) (Coplan, Reddy y Bulbena, 2004). Esta escala combina la información psiquiátrica y enfermedades somáticas asociadas. Su objetivo original es recoger dicha información a través de una anamnesis dirigida. Para el presente estudio se adaptó un cuestionario que evaluaba los siguientes trastornos ofreciendo una descripción de ellos: jaqueca, cefalea, colon irritable, asma, hipotiroidismo, alergias nasales (rinitis, faringitis, sinusitis), fatiga crónica, dolores articulares y lumbalgia (durante más de tres meses) y depresión (al menos dos semanas con cinco de los siguientes síntomas: tristeza, disminución del interés, insomnio o hipersomnias, cambio importante del peso sin dieta, disminución del apetito, pérdida de energía, baja concentración o indecisión, sentimiento de inutilidad, culpa o autorreproches y pensamientos recurrentes de muerte). Los participantes respondieron afirmativa o negativamente a la presencia actual o en el pasado de estos trastornos. Por último, se añadió una pregunta acerca de si habían consultado a un psicólogo o psiquiatra.

Análisis

Según la cantidad de trastornos psicósomáticos, se establecieron dos grupos para los análisis: el grupo I, formado por los sujetos con menos de cuatro trastornos psicósomáticos, y el grupo II, constituido por aquellos con cuatro o más trastornos. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS (v.13.0) e incluyó estadística descriptiva para cada variable: distribución de frecuencias, media y desviación estándar, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, así como estadística inferencial paramétrica: r de Pearson, t de Student, prueba no paramétrica de chi cuadrada para las variables categóricas y regresión logística.

Procedimiento

Este estudio de diseño *ex post facto* (Montero y León, 2007) se llevó a cabo en la Facultad de Letras de la Universidad Paul Valéry III, de Montpellier (Francia), a lo largo de tres meses. Una vez

obtenidos los permisos de las autoridades universitarias correspondientes y de los profesores, se realizó la evaluación en las aulas utilizando el tiempo destinado a clases. Participaron de forma voluntaria y anónima aquellos alumnos que se encontraban en el aula el día de la evaluación. Todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado antes de proceder a cumplimentar los cuestionarios autoadministrados.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las enfermedades psicósomáticas más recurrentes en la muestra. Los dolores articulares o lumbalgia fueron más frecuentes en los hombres, seguidos de la jaqueca, y en las mujeres imperaron dichos dolores y las alergias nasales. Estas últimas sufrieron significativamente más cefaleas que aquellos ($\chi^2 = 4.11$; $p = .04$).

Tabla 1. Frecuencia de las alteraciones psicósomáticas en la muestra y en el grupo de hombres y mujeres.

Alteración	Muestra	Hombres	Mujeres	χ^2	g.l.	p
	N = 365	n = 74	n = 291			
	%	%	%			
Jaqueca	31.8	32.4	31.6	.018	1	.893
Cefalea	23.8	14.9	26.1	4.11	1	.043
Fatiga crónica	26.6	20.3	28.2	1.89	1	.169
Dolores articulares o lumbalgia	45.2	36.5	47.4	2.84	1	.091
Alergias nasales*	34.8	27	36.8	2.46	1	.116
Hipotiroidismo	1.1	0	1.4	1.02	1	.311
Colon irritable	6.3	2.7	7.2	2.03	1	.154
Asma	18.4	17.6	18.6	.039	1	.844

*Rinitis, faringitis o sinusitis.

El 17.5% ($n = 64$) de la muestra no sufría de ninguna de las alteraciones psicósomáticas evaluadas, 69% ($n = 252$) padecía entre uno y tres trastornos, y 13.4% ($n = 49$) padecía cuatro o más alteraciones psicósomáticas. Las mujeres mostraron en promedio más trastornos psicósomáticos que los hombres (1.76 vs. 1.22; $t = -2,86$; $p = .004$), y estuvieron presentes en mayor medida en el grupo de cuatro y más trastornos psicósomáticos (grupo II) (46 vs. 3; $\chi^2 = 7.01$; $p = .008$).

La prevalencia de la alexitimia fue de 22.2% ($n = 81$) en la muestra. En los participantes de sexo masculino se halló una prevalencia de 24.3% y en los de sexo femenino ésta fue de 21.6%. Hombres y mujeres no difirieron respecto a esta variable ($\chi^2 = .24$; $p = .62$).

El 17.3% ($n = 63$) de la muestra exhibió altos niveles de ansiedad rasgo y 7.7% ($n = 28$) de ansiedad estado. Las mujeres revelaron, significativamente, más ansiedad rasgo alta que los hombres (19.2% vs. 9.5%; $\chi^2 = 3.95$; $p = .04$) así como más ansiedad estado, sin embargo, la diferencia no alcanzó la significación estadística (8.9% vs. 2.7%; $\chi^2 = 3.23$; $p = .07$).

El 17.6% ($n = 13$) de los hombres y 25.4% ($n = 74$) de las mujeres declararon haber padecido depresión mayor. Aunque en éstas hubo más casos de depresión que aquéllos, la diferencia no fue significativa (25.4% vs. 17.6%; $\chi^2 = 2.0$; $p = 0.156$).

El 31.2% ($n = 114$) de la muestra había consultado a un psicólogo o psiquiatra, siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres (33.3% vs. 23%), pero sin diferencias significativas ($\chi^2 = 2.94$; $p = .086$).

La Tabla 2 ilustra las asociaciones significativas halladas entre cada trastorno psicósomático y las variables psicológicas estudiadas. Se puede apreciar que la alexitimia se asocia significativamente a la jaqueca y a las alergias nasales. La ansiedad estado lo hace con la jaqueca, cefalea, alergias nasales, fatiga crónica y dolores articulares o lumbalgia. La ansiedad rasgo se asocia significativamente a la jaqueca, cefalea, fatiga, crónica y dolores articulares o lumbalgia, y la depresión mostró asociación con la jaqueca, la fatiga crónica y los dolores articulares o lumbalgia.

Tabla 2. Resumen de asociaciones significativas entre los trastornos psicósomáticos y las variables psicológicas.

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	VARIABLES PSICOLÓGICAS			
	Alexitimia	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
Jaqueca	t = -1.9; p = .05	X ² = 8.9; p = .003	X ² = 10.6; p = .001	X ² = 3.7; p = .05
Cefalea	p > .05	X ² = 3.9; p = .046	X ² = 8.5; p = .003	p > .05
Colon irritable	p > .05	p > .05	p > .05	p > .05
Alergias nasales*	X ² = 9.7; p = .002	X ² = 4.7; p = .030	p > .05	p > .05
Asma	p > .05	p > .05	p > .05	p > .05
Hipotiroidismo	p > .05	p > .05	p > .05	p > .05
Fatiga crónica	p > .05	X ² = 11.3; p = .001	X ² = 22.8; p = .000	X ² = 19.5; p = .000
Dolores articulares o lumbalgia	p > .05	t = -1.7; p = .017	t = -2.4; p = .015	X ² = 4.5; p = .032

Nota. Los análisis se llevaron a cabo con la prueba chi cuadrado con las variables psicológicas dicotomizadas, y t de Student con las variables psicológicas numéricas.

*Rinitis, faringitis, sinusitis.

Al comparar las puntuaciones del TAS-20 entre el grupo I y II, se observó que diferían significativamente respecto de la puntuación del factor 1 del TAS-20 (Tabla 3), siendo los participantes con cuatro o más trastornos psicósomáticos (grupo II) quienes puntuaron más alto en esta subescala. Las puntuaciones en el STAI rasgo y estado también difi-

rieron significativamente en los grupos, siendo el grupo II el que obtuvo puntuaciones mayores en ambas subescalas de ansiedad. Este mismo grupo alcanzó además un porcentaje mayor de casos de ansiedad rasgo y ansiedad estado de nivel elevado que el grupo I (rasgo: 40.8% vs. 13.6%; $\chi^2 = 21.9$; p = .000; estado: 18.3% vs. 6%; $\chi^2 = 9.14$; p = .002).

Tabla 3. Comparación de las puntuaciones en TAS-20 y STAI en los grupos de participantes I y II.

ESCALA	Muestra N = 365		Grupo I α N = 49		Grupo II γ N = 316		t*	p
	x	DT	x	DT	x	DT		
TAS-20 total	48.9	10.8	48.5	10.7	51.3	11.1	-1.63	.104
TAS-20 F1	16.9	5.4	16.5	5.3	19.4	5.7	-3.50	.001
TAS-20 F2	14.0	4.2	14.0	4.5	14.0	4.5	-7.19	.473
TAS-20 F3	18.2	5.5	18.3	5.7	17.0	4.2	1.20	.230
STAI-E	37.5	11.2	36.5	10.5	44.0	13.4	-4.47	.000
STAI-R	44.3	11.1	43.3	10.5	50.9	12.3	-4.58	.000

t = t de Student; α = Sujetos con menos de cuatro trastornos psicósomáticos. γ = Sujetos con cuatro o más trastornos psicósomáticos.

F1 = Dificultad para identificar emociones; F2 = Dificultad para comunicar emociones; F3 = Pensamientos concreto.

En el grupo II, más sujetos declararon haber padecido depresión que en el grupo I (42.8% vs. 20.8%; $\chi^2 = 11.28$; p = .001).

Además, se observaron diferencias significativas respecto de la consulta al psicólogo o psiquiatra entre los grupos, siendo el grupo II el que tuvo un mayor porcentaje de sujetos que habían consultado a un profesional de la salud mental (53% vs. 27.8%; $\chi^2 = 12.55$; p = .000).

Una correlación positiva aunque modesta se observó entre la cantidad de trastornos psicósomáticos evaluados (rango: 0-8) y STAI rasgo (r = .313; p = .000), STAI estado (r = .282; p = .000), alexitimia total (r = .130; p = .013) y factor 1 de la alexitimia (r = .201; p = .000).

Por último, se efectuó un análisis de regresión logística para evaluar las variables que predicen la pertenencia al grupo II. Según Tabachnick y Fidell (1996), la regresión logística permite la predicción de pertenencia a un grupo a partir de un conjunto de variables. En el modelo se introdujo el sexo, la edad dicotomizada (18-24 y 25-30), así como las variables psicológicas dicotomizadas: consulta al psicólogo o psiquiatra, alta ansiedad rasgo, alexitimia y depresión³.

³ Aunque las medidas estén correlacionadas, la multicolinealidad no supone un problema en la regresión logística si los parámetros estimados en el modelo son relativamente bajos ($\beta < 3$) (Tabachnick y Fidell, 1996).

Tabla 4. Resultados de la regresión logística para riesgo de mayor cantidad de trastornos psicossomáticos.

PREDICTORES	B	p	Exp(B)	95% IC
Alta ansiedad rasgo (1)	-1.250	.000	.286	.145 - .567
Consultar a psicólogo/psiquiatra (1)	-.797	.016	.451	.236 - .860

B = coeficiente; p = probabilidad; Exp(B) = coeficiente exponenciado; IC = intervalo de confianza a 95%; (1) = ausencia del criterio.

La Tabla 4 muestra los resultados: la ausencia de ansiedad rasgo elevada y el no haber consultado a un psicólogo o psiquiatra resultaron ser factores protectores frente a la pertenencia al grupo de personas con mayor cantidad de trastornos psicossomáticos (≥ 4).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, 13 de cada 100 sujetos mostraron cuatro o más trastornos psicossomáticos. Un elevado porcentaje de participantes sufría al menos un trastorno psicossomático, siendo los más frecuentes los dolores articulares o lumbalgia, alergias nasales y jaqueca. En el estudio de González, Landero y García (2009), que evaluó los trastornos psicossomáticos en universitarios mexicanos, los más frecuentes fueron los dolores de cabeza, los menstruales y de espalda. Almeida y Machado (2004) también observaron que la mayoría de los participantes de su estudio padecía al menos de una dolencia física; al igual que en estudio, dichos autores hallaron las de tipo osteoarticular como las más frecuentes. Los índices de prevalencias de trastornos psicossomáticos descritos en la bibliografía varían considerablemente (desde 2% hasta porcentajes superiores a 50%), debido probablemente a los diferentes criterios utilizados en los estudios (Mattila y cols., 2008). Por otro lado, Tahin (1985) ha señalado una tendencia al aumento de los trastornos psicossomáticos en los adultos jóvenes. Farré y Fullana (2005), por su parte, confirmaron que hasta 80 de cada 100 personas sanas pueden haber experimentado en su vida molestias de hasta una semana sin una causa clínica. Investigar estos síntomas en la población estudiantil puede ser de gran importancia, ya que no solo pueden afectar las calificaciones y las actividades propias de la vida estudiantil, sino también influir negativamente en el rendimiento académico en el sentido más amplio (asistencia a clases, motivación hacia el estudio, actitud hacia el sistema de enseñanza, satis-

facción, sensación de logro o ajuste, entre otros) (Muñoz, 2003).

Las mujeres presentaron en promedio más trastornos psicossomáticos que los hombres, lo que concuerda con lo descrito en la bibliografía revisada, pues diferentes estudios han reportado una diferencia sexual respecto de las somatizaciones, con una clara predominancia de síntomas en las mujeres (Kolk, Hanewald, Schagen y van Wijk, 2002; Piko, Barabas y Boda, 1997; Swartz, Landerman, George, Blazer y Escobar, 1991). Además, un mayor número de mujeres estaba en el grupo de cuatro o más trastornos psicossomáticos, en comparación a los hombres. En relación a las diferencias de cada trastorno en hombres y mujeres, se apreció que la cefalea era predominante en las mujeres. De igual modo, Piko y cols. (1997) hallaron una mayor incidencia de cefalea entre las estudiantes mujeres de su estudio.

La mayor prevalencia de síntomas psicossomáticos en las mujeres podría explicarse en parte por una mayor disposición a admitir el malestar. En general, están más dispuestas a buscar atención médica (Karvonen, 2007; Karvonen, Joukamaa, Herva y cols., 2007) y se centran más en su cuerpo debido a una diferencia innata en la percepción corporal (Wool y Barsky, 1994). Sin embargo, hay autores que sugieren que tal diferencia entre hombres y mujeres sería artificial (Karvonen, 2007). Por un lado, los hombres reportan menos síntomas que las mujeres. Según Warner (1978), los profesionales –hombres y mujeres– tienden a catalogar a los hombres como antisociales y a las mujeres como histéricas, incluso cuando muestran características clínicas idénticas.

La prevalencia de la alexitimia hallada en el presente estudio (22.2%) coincide con la reportada por Loas y cols. (1996) en población general francesa (22.95%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en relación a la alexitimia. Los resultados concuerdan con las diferencias de género en la prevalen-

cia de la alexitimia en otros estudios no son concluyentes. Según Moral de la Rubia (2005), en la revisión de los estudios que exploran diferencias de género en la alexitimia evaluada con el TAS-20, más de la mitad de los estudios hallan un promedio equivalente en ambos sexos; en una alta proporción de los estudios se obtiene diferencias, puntuando más los hombres, y algunos trabajos reportan una mayor puntuación en las mujeres, aunque utilizando otros instrumentos de medición.

La depresión no mostró diferencias significativas entre los sexos, lo que es curioso ya que existen pocos hallazgos tan comprobados en la bibliografía como la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres (Saiz, Rodríguez y García, 2009). Una posible explicación a este hecho es la edad de la muestra, puesto que se sabe que la incidencia de los trastornos del humor puede estar aumentando en los grupos etarios de jóvenes. De acuerdo con Moller-Leimkühler, Heller y Paulus (2009), desde 1980 se ha observado un aumento del índice de depresión entre los hombres jóvenes, lo que pudo haber influido en la falta de diferencias significativas entre los sexos en el estudio presente, diferencias que probablemente en una muestra de mayor edad se notarían claramente.

Según los autores anteriormente citados, el síndrome depresivo masculino difiere del observado entre las mujeres y está encubierto por síntomas atípicos, tales como la irritabilidad, los ataques de ira, la conducta hostil, agresiva y abusiva y la alexitimia, características que pueden ser engañosas al momento del diagnóstico debido a que los síntomas como la irritabilidad y la ira no están incluidos en los sistemas principales de clasificación. En este estudio, por ejemplo, se apreció que entre los hombres hubo un porcentaje mayor de sujetos alexitímicos en relación a las mujeres, y aunque la diferencia no fue significativa, podría reflejar un aumento de la depresión en los hombres, con una prevalencia semejante a la de las mujeres.

Si bien los antecedentes de depresión no difieren entre hombres y mujeres, sí lo hacen entre los jóvenes con cuatro y más trastornos psicossomáticos y con quienes exhiben tres o menos trastornos; de hecho, se observó una predominancia de casos de depresión y de elevada ansiedad rasgo y estado entre los primeros, lo que no sorprende puesto que la depresión y la ansiedad son dos de

las variables asociadas más frecuentemente a los síntomas psicossomáticos (González y cols., 2009).

Únicamente el factor 1 de la alexitimia se asoció a una mayor frecuencia de trastornos psicossomáticos, esto es, los sujetos con más trastornos psicossomáticos tienen más dificultad para identificar emociones. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Mattila y cols. (2008), quienes refieren que es precisamente el factor 1 evaluado por el TAS-20 el denominador común más acentuado entre somatización y alexitimia.

La alexitimia no aparece como predictor de pertenencia al grupo de cuatro o más trastornos psicossomáticos, lo que coincide con Almeida y Machado (2004), quienes no pudieron confirmar la hipótesis de la alexitimia como factor predictor de somatización, y sí otras variables, tales como la ansiedad, la depresión y la edad. En la presente investigación es también la ansiedad la variable que resulta predictora, específicamente la ausencia de un nivel elevado de ansiedad rasgo, que resultó significativa como factor protector. Lieb y cols. (2002) han propuesto que la ansiedad y la depresión, entre otras variables, pueden ser factores de predicción de nuevos episodios de trastornos de somatización.

No haber consultado nunca a un psicólogo o psiquiatra resultó ser también un factor protector respecto de la pertenencia al grupo con cuatro o más trastornos psicossomáticos. Este resultado podría sorprender si se considera la tendencia de las personas somatizadoras a llevar sus ansiedades y preocupaciones emocionales directamente a la atención médica orgánica, negando así la influencia psicossocial en sus síntomas y resistiéndose a la derivación psicológica o psiquiátrica (Barsky y cols., 2005). Según Craig, Boardman, Daly-Jones y Drake (1993), las formas de somatización crónica vistas en las consultas de psiquiatría provienen de la evolución de las somatizaciones agudas y subagudas encontradas en atención primaria.

Las circunstancias que preceden a la iniciativa de consultar a un profesional de la salud mental pueden ser diversas y no han sido recogidas en este estudio, por lo que no es posible hacer un análisis más fino de esta variable; no obstante, una posible explicación de la mayor consulta a profesionales de la salud mental por parte de las personas con mayor cantidad de trastornos psicossomáticos en este estudio podrían ser los mayores nive-

les de psicopatología halladas en este grupo, que exhibió más casos de ansiedad rasgo y estado de categoría “alta” y más casos de depresión, en comparación con el grupo de no somatizadores. Si bien los resultados de los cuestionarios autoaplicados no permiten establecer diagnósticos, una puntuación elevada orienta a pensar en niveles de ansiedad patológicos, y en este sentido los niveles incapacitantes de ansiedad en este grupo podrían explicar en parte la mayor consulta a un profesional de la salud mental.

El presente estudio no se halla libre de limitaciones. Una de ellas es el diseño transversal, que impide cualquier inferencia de la direccionalidad de las relaciones encontradas. El empleo de una muestra no representativa no permite hacer una extrapolación a la población general. Las variables se midieron a través de autoinformes, y los resultados basados en este tipo de instrumentos ofrecen medidas menos fiables que una entrevista; pese a ello, esta situación fue idéntica con todos los participantes. Según Carton, Bayard, Paget y cols. (2010), el uso exclusivo del autoinforme para la evaluación de la alexitimia ha sido objeto de críticas cada vez más agudas. La paradoja resulta

del hecho de que se pide a personas alexitímicas –que se caracterizan por tener un bajo grado de *insight* afectivo– estimar con precisión sus inhabilidades afectivas. Lumley (2000) ha sugerido combinar el uso de los autoinformes con métodos no autoinformados. En este sentido, sería pertinente, en investigaciones futuras, evaluar la alexitimia con la entrevista estructurada de Toronto propuesta por Bagby, Taylor, Parker y Dickens (2006), que permite explorar la totalidad del constructo, así como también completar la evaluación psicopatológica a través de una entrevista estructurada, como por ejemplo la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan y Lecubrier, 1989).

A pesar de las limitaciones que presenta el estudio, los resultados concuerdan con otras series reportadas y añaden peso a la evidencia que muestra la alta frecuencia de trastornos psicossomáticos en adultos jóvenes, la asociación de los síntomas psicossomáticos con el malestar psicológico, especialmente la ansiedad, y la relación entre síntomas psicossomáticos y alexitimia, que puede quedar en entredicho cuando se la analiza controlando variables demográficas y psicopatológicas.

REFERENCIAS

- Almeida, V. y Machado, P. (2004). Somatização e alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 285-298.
- Ávila, L.A. (2006). Somatization or psychosomatics symptoms? *Psychosomatics*, 47, 163-166.
- Baeza V., C. (2010). Editorial: Síntoma psicossomático vs. síntoma orgánico. La mala fama de la psicossomática. *Cuadernos de Neuropsicología*, 4, 8-12.
- Baeza V., C. y Bulbena, A. (2010). Association entre anxiété et hyperlaxité articulaire: revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 263-267.
- Baeza V., C., Bulbena, A. y Bravo, J.F. (2010). Sintomatología ansiosa y síndrome de hiperlaxitud articular en un grupo de universitarios chilenos. *Ansiedad y Estrés*, 16, 1-12.
- Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. y Dickens, S.E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 25-39.
- Barsky, A., Orav, E. y Bates, D. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.
- Brown, B., Bonello, R. y Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropractic & Osteopathy*, 13, 5.
- Bulbena, A., Benito, P., Pailhez, G., Gago, J., Carbonell, J., Sperry, L. y Ros, S. (2004). *Hiperlaxitud articular, definición y exploración*. Programa interactivo de formación [CD rom]. Barcelona: Institut d'Atenció Psiquiàtrica Salut Mental i Toxicomanies, Hospital del Mar.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y. y Dettleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1-12.

- Coplan, J.D., Reddy, D. y Bulbena, A. (2004). *The Alpm Syndrome: Anxiety of the mind and body*. 24th National Conference of the Anxiety Disorders Association of America, Miami, FL.
- Craig, T.K.J., Boardman, A.P., Daly-Jones, O. y Drake, H. (1993). The South London somatization study: I. Longitudinal course and the influence of early life experience. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579-88.
- De Gucht, V. y Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- De Pablo, J., Picado, C., Martín, M.J. y Subid, S. (1988). Asma bronquial y medicina conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 8, 35-39.
- Farré, F. y Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona: Ars Médica.
- García C., J., Lobo, A., Pérez E., M.J. y Campos, R. (1998). Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 186, 554-560.
- Gauthier, J. y Bouchard, S. (1993). Adaptation Canadienne-Française de la forme révisée du State-Traite Anxiety Inventory de Spielberg. *Revue Canadienne de Sciences du Comportement*, 25, 559-578.
- González, M.T., Landero, R. y García C., J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 141-145.
- Jacobs, M.A., Spilken, A.Z., Norman, M.M. y Anderson, L.S. (1970). Life stress and respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 3, 233-242.
- Karvonen, J. (2007). *Somatization in young adults*. The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study Acta Tesis Universidad Oulu, D 941.
- Karvonen, J.T., Joukamaa, M., Herva, A., Jokelainen, J., Läksy, K. y Veijola, J. (2007). Somatization symptoms in young adult Finnish population - associations with sex, educational level and mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 219-224.
- Kolk, A.M., Hanewald, G.J., Schagen, S. y van Wijk, C.M. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 35-44.
- Kooiman, C.G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comparative Psychiatry*, 39, 152-159.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S. y Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17, 321-331.
- Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Dufлот, M. y Delahousse, J. (1996). Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS -20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale*, 22, 35-40.
- Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D. y Marchand, M.P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-Item Alexithymia scale (TAS -20). *Psychopathology*, 29, 139-144.
- Luminet, O. (2003). La mesure de l'alexithymie. En M. Corcos y M. Speranza (Eds.): *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.
- Luminet, O., Bagby, R.M. y Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
- Lumley, M. (2000). Alexithymia and negative emotional conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 51-54.
- Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Mattila, A., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J., Koivisto, A.M., Mielonen, R.L., Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70, 716-722.
- Mayer, E.A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal. *Disease and Gut*, 47, 861-867.
- Moller-Leimkühler, A.M., Heller, J. y Paulus, N.C. (2009). Subjective well-being and depression in male adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 98, 65-72.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moral de la Rubia, J. (2005). La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15, 147-166.
- Muñoz, F. (2003). *El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial*. Huelva (España): Universidad de Huelva.
- Muñoz C., F. y Barba, M. (2007). *La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo psicósomático para los cuidadores familiares de enfermos crónicos discapacitados*. Tesis doctoral. Málaga (España): Universidad de Málaga.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H. y Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. En O. W. Hill (Ed.): *Modern trends in psychosomatic medicine* (pp. 430-439). London: Butterworths.

- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Piko, B., Barabas, K. y Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7(3).
- Saiz, D., Rodríguez, M. y García, C. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: Síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 119-127.
- Sheehan, D. y Lecrubier, Y. (1989). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *The Stait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Swartz, M., Landerman, R., George, L.K., Blazer, D.G. y Escobar, J.I. (1991). Somatization disorder. En L. N. Robins y D. A. Regier (Eds.): *Psychiatric disorders in America* (pp. 220-257). New York: The Free Press.
- Tabachnick, B.K. y Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistic*. New York: Harper & Collins.
- Tahin, T. (1985). Social determinants of somatic and mental health in adolescence. *Social Science Health*, 1, 299-311.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. An example of sex bias. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 166, 839-845.
- Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P. y Wright, D. (1996). Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1050-1059.
- Wool, C. y Barsky, A. (1994). Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35, 445-452.