

Predictores clínicos de la presencia de psicopatología

Ingrid Vargas Huicochea y Jorge Caraveo Anduaga

Antecedentes

La presencia de afecciones psiquiátricas se han llegado a detectar hasta en un tercio de los pacientes con trastornos médicos no psiquiátricos (1-5); sin embargo, y aunque la proporción de manifestaciones de psicopatología en el paciente médico en general es elevada, sólo son identificados entre 30% y 50% de los casos (2, 6, 7, 8). Hay quien sugiere que parte de la dificultad en la detección y diagnóstico de alteraciones mentales en pacientes que acuden a consulta o en búsqueda de tratamiento por un malestar físico, radica en que no se tienen preguntas diagnósticas específicas que funcionen como indicadores para el médico en la sospecha de una posible comorbilidad con un trastorno psiquiátrico (9), es decir, que permitan conocer aquellos sujetos con una queja física que los ponga en un mayor riesgo de tener también un trastorno mental.

Algunos estudios previos que han intentado encontrar estos predictores clínicos de psicopatología reportan: una serie de síntomas físicos (10-11), puntajes elevados en los reportes del paciente en escalas de gravedad (11), estresores recientes (12, 13), baja calificación en la autopercepción del estado de salud (13), y ser menor de 50 años (14). Vale la pena hacer especial

mención en dos estudios realizados con la finalidad específica de determinar predictores clínicos de psicopatología en población médica general. El primero de ellos fue el de Jackson y su equipo de investigación (13), quien, a manera de continuación de un estudio previo, en el 2001 replica la evaluación de un modelo predictor de 4 factores (estrés reciente, gravedad del síntoma físico, cinco o más síntomas físicos, auto-reporte de salud bajo); encuentra que aquellos pacientes con auto-reporte de estrés reciente, cinco o más síntomas físicos o con una auto-percepción del estado de salud menor a “muy buena”, tienen mayor riesgo de presentar una alteración psiquiátrica.

En segundo lugar, en el 2003, Löwe y colaboradores (9) investigaron una serie de factores que pudieran fungir como predictores clínicos de la presencia de psicopatología en pacientes médicos ambulatorios (no psiquiátricos), tras correr varios modelos encontraron que la combinación (no la evaluación aislada) de cuatro de esos factores demostraron tener una sensibilidad (86%), especificidad (100%), valor predictivo positivo (100%) y valor predictivo negativo (91%) bastante altos; lo cual sugería que indagando la combinación de esos cuatro factores el médico podría evaluar la existencia de alteraciones mentales comórbidas en sus pacientes. Dichos factores fueron: sensación subjetiva de tensión/ansiedad/preocupación (más de la mitad de los días de las últimas cuatro semanas), sensación subjetiva de tristeza/desesperanza (más de la mitad de los días de las últimas dos semanas), afección por tres o más síntomas físicos, preocupado por problemas con la pareja.

En este sentido, se buscó identificar algunas situaciones clínicas asociadas a la presencia de psicopatología en una muestra de población

Ingrid Vargas Huicochea. Médica psiquiatra, Maestra en Ciencias de la Salud; Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo-e: ivargashuicochea@gmail.com

Jorge Caraveo Anduaga. Médico psiquiatra. Doctor en Ciencias de la Salud; Sub-división de Investigaciones Sociales y Epidemiológica, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Correo-e: caraveoj@imp.edu.mx

Cuadro 1

Asociación entre predictores clínicos en el último año, percepción del estado de salud, problemas de pareja, desempleo y edad, con el desarrollo de trastornos afectivos en adultos.

Predictores	RM	p	IC 95%
Dolores físicos recientes	1.73	0.001	2.30-15.32
Ataques al corazón	5.88	0.009	1.61-21.40
Mala relación de pareja	1.73	0.019	1.10-2.73
Susto	3.40	0.028	1.15-9.99

Fuente: Elaboración propia con la regresión logística realizada con 1,932 observaciones obtenidas de una encuesta de hogares en el Distrito Federal realizada a adultos entre 18 y 65 años en el año de 1995.

general de la ciudad de México que pudieran funcionar como una potencial guía para detectar problemas de salud mental en la exploración del paciente médico no psiquiátrico.

Método

Este estudio se realizó con la base de datos poblacional obtenida para un estudio epidemiológico previo (15). En dicho estudio se realizó una encuesta de hogares cuya población blanco fueron las personas entre 18 y 64 años que vivían permanentemente o de manera temporal en los hogares de las 16 delegaciones políticas de la Ciudad de México. Para ello, se utilizó un esquema de muestreo multietápico y por conglomerados, en la última etapa se incluyó un adulto de cada hogar seleccionado. Se recabó información amplia de esta muestra, incluyendo trastornos psiquiátricos específicos a lo largo de la vida y en los últimos doce meses, información acerca de enfermedades médicas severas, igualmente a lo largo de la vida y en el último año. También se obtuvo información acerca de la evaluación subjetiva del estado de salud, del impacto del estado de salud en la última semana sobre el desempeño del encuestado y diversas variables psicosociales.

El instrumento epidemiológico básico empleado para la citada encuesta de hogares fue la versión

modificada y adaptada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta en su versión 1.1 (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*), la cual consta de trece secciones (seis secciones clínicas que exploran la presencia de trastornos de salud mental y siete secciones no clínicas que evalúan información general, problemas de salud física, entre otros).

Para el presente estudio se empleó la base recabada en la encuesta de hogares comentada en los párrafos previos; y empleando el programa estadístico STATA se realizaron diferentes modelos de regresión logística en los que se consideró como variable dependiente los trastornos psiquiátricos identificados y presentes en los últimos doce meses y como predictores se evaluaron aquellas características clínicas que han demostrado tener influencia en el desarrollo de psicopatología: problemas de salud (reumatológicos, pulmonares, SIDA, impedimentos visuales o auditivos, hipertensión arterial, diabetes, ataques al corazón, hernia severa, renales o hepáticos, enfermedades autoinmunes, neurológicos, gástricos o biliares, embolia, úlcera, “mal de ojo”, “susto”, “empacho”, otros)^a en los últimos doce meses, dolores físicos

^a “Mal de ojo”, “susto” y “empacho” son síndromes de filiación cultural propias de la epidemiología sociocultural en México. El “mal de ojo” se trata de una

Cuadro 2

Asociación entre predictores clínicos en el último año, percepción del estado de salud, problemas de pareja, desempleo y edad, con el desarrollo de trastornos de ansiedad en adultos.

Predictores	RM	<i>p</i>	IC 95%
Susto	10.62	0.000	3.86-29.18
Dolores físicos recientes	4.75	0.000	2.30-9.80
Suma de 3 o más trastornos físicos	3.75	0.001	1.82-7.69
Empleo	0.603	0.003	0.44-0.82
Mala percepción de salud mental	6.47	0.007	1.72-23.68
Edad menor a 50 años	2.15	0.032	1.07-4.30

Fuente: Elaboración propia con la regresión logística realizada con 1,932 observaciones obtenidas de una encuesta de hogares en el Distrito Federal realizada a adultos entre 18 y 65 años en el año de 1995.

recientes (presentes en la última semana), la suma de tres o más trastornos físicos, desempleo, problemas de pareja, percepción negativa del estado de salud (físico y mental), y la edad cronológica menor a 50 años.

Resultados

La base de datos analizada contó con un total de 1,932 observaciones, de las cuales 55% (n=1,062) correspondió a individuos femeninos y 45% (n=871) a encuestados del sexo masculino. La media de edad fue de 36 años, con una desviación estándar de 12.009 años. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses de trastornos psiquiátricos detectados en la muestra encuestada,

enfermedad originada por la “mirada fuerte” de algunas personas o por envidia, incluye manifestaciones como vómito, diarrea, llanto e intranquilidad; en México ocupa el primer lugar en demandas de atención de la medicina tradicional (20). El “susto” incluye síntomas tales como agitación, falta de apetito, problemas en el patrón de sueño, fiebre, diarrea, confusión mental, apatía, algunos síntomas depresivos, ansiedad generalizada o estrés, y cuya etiología se atribuye a la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza y que se denomina de formas distintas según el contexto latinoamericano en cuestión. El “empacho”, es un síndrome que afecta principalmente a los niños y se caracteriza por una variedad peculiar de indigestión o mala digestión en la que ocurre una éstasis de los alimentos que no se eliminan ni al defecar ni al vomitar (30).

se encontró que 3.2% (n=72) tenía trastornos afectivos, 8.02% (n=155) presentaba trastornos de ansiedad y 3.5% (n=59) refirió dependencia a sustancias psicoactivas.

Se corrieron los modelos de regresión logística con los predictores ya comentados y se encontraron como significativos ($p \leq 0.05$) los siguientes resultados:

1. Los predictores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastornos afectivos actuales fueron: los “dolores físicos recientes”, la presencia en el último año de “ataques al corazón”, una “mala relación de pareja” y el “susto” (cuadro 1); es decir, se encontró que la presencia de “dolores físicos recientes” aumenta 1.73 veces la probabilidad de presentar trastornos afectivos en el último año. El antecedente de haber presentado en los últimos doce meses ataques al corazón o “susto”, se asoció con 4.88 y 3.40 más veces (respectivamente) de tener alteraciones del afecto. Así también, el tener una mala relación de pareja se relacionó con 1.73 veces más de probabilidad de sufrir este tipo de alteraciones en la salud mental.

2. Para la presencia de trastornos de ansiedad en los últimos doce meses se encontraron como predictores positivos estadísticamente significativos los siguientes: “susto”, dolores físicos recientes, suma de 3 o más trastornos físicos, mala percepción de salud mental, edad

menor a 50 años; mientras que el estar empleado resultó un factor protector para el desarrollo de estas patologías (Cuadro 2). Lo anterior quiere decir que el reporte de “susto” se asocia con 10.62 veces más de probabilidad de cursar con trastornos de ansiedad en el último año, mientras que los sujetos con dolores físicos recientes la tienen 4.75 veces más. La presencia de tres o más trastornos físicos se asocia con un incremento de 3.75 veces de probabilidad de presentar trastornos de ansiedad en el último año; el estar empleado redujo en un 40% la probabilidad de presentarlos. Finalmente, el auto-reporte de una mala percepción de salud mental y una edad menor de 50 años, mostraron una asociación de 6.47 y 2.15 veces más con la presencia de trastornos de ansiedad en adultos.

3. Los predictores que mostraron una asociación significativa con la presencia de dependencia actual a sustancias psicoactivas (últimos doce meses), fueron: “ataques al corazón”, “dolores físicos recientes”, “empacho” y “susto” (Cuadro 3). Así, tenemos que aquellos entrevistados con el antecedente “ataques al corazón” en los últimos doce meses tienen 9 veces más probabilidad de presentar dependencia a sustancias psicoactivas en el último año, en comparación con quienes no tienen esta situación. La presencia de “dolores físicos recientes” se asocia 3.46 veces más con la presencia de dependencia actual a sustancias psicoactivas. De igual forma, podemos ver que en la muestra examinada, los reportes de “empacho” y de “susto” durante el último año también aumentan la probabilidad de presentar

dependencia a sustancias psicoactivas (3.85 y 8.49 veces más, respectivamente), en comparación con el resto de sujetos que no tuvieron dichas afecciones.

Discusión

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los últimos doce meses encontrada en esta muestra fue muy similar a la reportada en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (21) donde los trastornos de ansiedad fueron también los más prevalentes (8.1%), seguidos de los trastornos afectivos (4.5%) y los trastornos por uso de sustancias (3.5%).

En el análisis de la base de datos de la muestra en este estudio se encontraron de manera constante asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de dolores físicos recientes y la experiencia de “susto” (relacionados tanto con la presencia de trastornos afectivos, de ansiedad y dependencia a sustancias psicoactivas).

Con el “susto” (20) surge la interrogante al respecto de la temporalidad de las dos variables, es decir: ¿Fue primero la aparición del susto y, entonces, de forma consecuente, la aparición del trastorno de ansiedad? ¿Se trata de situaciones simultáneas que conviven en un mismo momento? ¿Se trata de una misma instancia a la cual se le denomina de forma diferente dependiendo de los antecedentes culturales y sociales del sujeto afectado? En relación a esto, no existen datos previos dentro de la literatura revisada para este

Cuadro 3

Asociación entre predictores clínicos en el último año, percepción del estado de salud, problemas de pareja, desempleo y edad, con el desarrollo de dependencia a sustancias psicoactivas en adultos

Predictores	RM	p	IC 95%
Ataques al corazón	10.00	0.000	3.10-32.25
Dolores físicos recientes	3.46	0.001	1.75-3.82
Empacho	3.85	0.025	1.20-12.29
Susto	8.49	0.028	1.29-55.88

Fuente: Elaboración propia con la regresión logística realizada con 1,932 observaciones obtenidas de una encuesta de hogares en el Distrito Federal realizada a adultos entre 18 y 65 años en el año de 1995.

estudio, pero sería preciso realizar una investigación más detallada respecto a la vivencia del individuo que sufre de “susto” en algún momento de la vida y cómo ésta experiencia repercute en su estado emocional, con la finalidad de aproximarse al entendimiento de esta importante asociación.

Otro factor que reiteradamente presentó asociaciones significativas con los tres grupos de psicopatología considerados en este estudio fue la existencia “dolores físicos recientes”, pues encontramos que aumenta prácticamente 2 veces el riesgo de presentar trastornos afectivos en el último año, representa aproximadamente 5 veces el riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses y aumenta 4 veces el riesgo de tener dependencia actual a sustancias psicoactivas. A este respecto, vale la pena recordar que el “dolor” es una de las causas de mayor discapacidad a nivel mundial y representa un complejo fenómeno en el que se ven inmersos factores biológicos, emocionales, culturales y sociales (16).

La asociación entre psicopatología y dolor ha sido motivo de estudio en diversas investigaciones, sin embargo, una de las limitantes que con frecuencia se reporta es la dificultad para establecer la temporalidad en esta asociación. La tendencia más habitual busca establecer al dolor como resultante de la presencia inicial de psicopatología; a este respecto, la relación más ampliamente estudiada es la existente entre “dolor físico” y “síntomatología depresiva” (16-19). Sin embargo, es específicamente en relación a la presencia de dolor físico crónico que se acepta la propuesta de un modelo de diatesis-distrés que sugiere que se pueden esperar múltiples reacciones psicológicas (principalmente afectivas) relacionadas a la experiencia de dolor crónico (17-19); así también, es conocida la relación de dolores crónicos inespecíficos como parte de los cuadros de ansiedad. Y no podemos dejar de lado el riesgo del uso y abuso de sustancia psicoactivas como alternativa para mitigar el sufrimiento de padecer una condición de dolor (nuevamente, en especial cuando es un cuadro de dolor a largo plazo).

En el presente estudio la asociación que se encontró fue la de las tres condiciones psicopatológicas con “dolor físico reciente” (recordemos que este se refiere a dolor en la última semana), lo cual levanta aún más interrogantes al respecto y lleva a pensar probablemente en un sufrimiento que subyace a la presencia del dolor en sí (incluyendo su forma aguda), por las limitaciones que provoca y por la discapacidad que puede estar generando. Sin embargo, y dado que no se buscó una correlación con un problema de dolor a largo plazo, la recomendación en este punto sería solamente tomar en cuenta que existe una probabilidad significativa de que se encuentren condiciones de dolor agudo asociadas a condiciones psiquiátricas (llámense de tipo afectivo, ansioso o de consumo de sustancias psicoactivas), pero que es aún reservado el poder establecer una relación de causalidad clara y precisa.

Por tanto, existe una relación entre la presencia de dolor y la de psicopatología y representa un reto entender la fisiopatología de la misma. Desafío por demás complejo dada la presencia innegable de dos condiciones (dolor físico y psicopatología) que aluden al sufrimiento humano y que requieren de conocimiento y atención por parte de aquellos que atendemos (o buscamos) la salud.

La investigación dejó clara que una autopercepción negativa del estado de salud mental se relaciona de forma estadísticamente significativa con el riesgo para desarrollar sintomatología de tipo ansioso, asociación que ya había sido comentada en población que atendía de forma ambulatoria a centro de primer nivel de atención (13). En este estudio previo, aunque no se hace análisis al respecto, sería preciso indagar si esa percepción negativa de su estado mental tiene que ver con la presencia previa de síntomas psiquiátricos, dado que una de las limitantes de dicho estudio previo es que no se indagó la temporalidad entre uno y otro factor, así que es difícil establecer una relación en el tiempo. Cuando se habla de un trastorno de ansiedad, inevitablemente se tiene que hacer referencia a la sensación de inquietud e irritabilidad que viene

acompañada de múltiples síntomas somáticos, lo cual podría permitir inferir el por qué de esta mala percepción de su estado de salud mental.

Precisamente en relación a los malestares médicos físicamente detectables, también se observó que en lo que respecta al desarrollo de trastornos de ansiedad, el tener “más de tres trastornos médicos” sugirió una asociación alta y estadísticamente significativa con el desarrollo de psicopatología. Esta asociación ya se había propuesto con anterioridad (9) en un estudio en el que se pretendía encontrar factores clínicos de fácil indagación para sospechar la potencial aparición de alteraciones mentales en población médica ambulatoria. La presencia de tres o más trastornos físicos era sólo uno de los varios criterios requeridos para la escala propuesta por los autores para la indagación de enfermedades mentales en población médica no psiquiátrica, y no un predictor aislado. El hecho de que, en nuestro estudio, este factor clínico haya mostrado una asociación importante con el desarrollo de trastornos de ansiedad en el último año cobra sentido si consideramos que, si una persona enfrenta tres o más patologías médicas no psiquiátricas en un mismo momento, el impacto negativo sobre su vida y funcionalidad probablemente es elevado, situación que repercutiría de manera notable para presentar sintomatología ansiosa (como una de las reacciones habituales en respuesta a un estresor importante). Cabe decir que, con la finalidad de complementar la asociación encontrada, sería necesario explorar el diagnóstico específico y el tiempo de evolución que, al momento de la entrevista, tenían estos padecimientos médicos en la persona evaluada.

En lo que respecta a la asociación entre “ataques al corazón” y trastornos afectivos y ansiosos, nuevamente enfrentamos el reto de determinar la temporalidad de la relación. Se sabe que entre un 15 y un 65% de las personas que han sufrido un infarto agudo al miocardio presenta trastornos mentales, en especial los de tipo afectivo (22, 23), sin mencionar que es también reconocido que la presencia de depresión se ha identificado como un factor de riesgo para presentar trastornos cardiovasculares, incluyendo infartos agudos al

miocardio, aún en población físicamente sana (24, 25). Los mecanismos fisiopatológicos han sido explicados desde alteraciones de tipo psiconeuroendocrinoinmunológico, hasta aspectos propios del estilo de vida relacionados con la cantidad de actividad física, la alimentación y el nivel de estresores psicosociales. De ahí que la relación encontrada en este estudio entre los “ataques al corazón” y la presencia de problemas afectivos o ansiosos es un hallazgo consistente con lo reportado en la literatura a nivel mundial.

Finalmente, existen aspectos psicosociales que se mostraron como potenciales predictores de determinados problemas de salud mental: la mala relación de pareja, asociada con los trastornos afectivos, y el tener un empleo que parece proteger contra los trastornos de ansiedad (lo cual sugiere que el desempleo puede estar asociado con un riesgo incrementado de padecer alteraciones de ansiedad). Los factores sociales han demostrado tener una importante influencia en la salud mental de los individuos (26), sobre todo cuando se trata de situaciones que son determinantes en la vida de la persona: el tener un empleo es un marcador de adultez, de iniciación en la vida productiva de una sociedad, perderlo tiene implicaciones en el papel social que juega el individuo y en su solvencia económica, aspectos que definen importantemente las condiciones emocionales que presenta quien lo vive (26, 27, 28). Eventos de vida específicos, como es una mala relación de pareja, pueden ser un gatillo detonante para el desarrollo de problemas de salud mental, dado que requieren de toma de decisiones y de acciones que demandan en el individuo un elevado nivel psicológico de adaptación (29).

Conclusiones

El reconocimiento de factores clínicos que pudieran estar asociados a un mayor riesgo de desarrollo de psicopatología permitiría al clínico sensibilizarse ante la vivencia de la enfermedad de la persona, detectar oportunamente síntomas relacionados con enfermedad mental y el tratamiento o canalización oportuna del paciente, evitando un mayor deterioro y una mejor evolución para aquéllos que buscan y confían en la atención de los prestadores de salud.

Por tanto, sería necesario sospechar de una predisposición o incluso de la presencia franca de un proceso psicopatológico de tipo afectivo, ansioso o en relación a sustancias, si se detecta un paciente en la consulta general que presenta dolores físicos constantes de forma reciente o que tiene el antecedente de malestares que concuerden con lo que socialmente se ubica como “susto”. De igual manera, no se debe dejar de lado el indagar una afección en la salud mental si la persona refiere antecedentes de “ataques al corazón”, un conjunto de trastornos médicos simultáneos, “empacho” o, incluso, si expresa la vivencia de aspectos como pérdida reciente del empleo, una mala relación de pareja o una percepción negativa de su estado de salud mental.

Es necesario continuar el estudio a mayor profundidad y detalle, esta investigación es una primera aproximación al reconocimiento y entendimiento de los fenómenos clínicos que subyacen a la generación de patologías psiquiátricas.

Referencias

1. Ormel J, VonKorff M, Uston TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*. 1994; 272: 1741-1748.
2. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994; 272:1749-1756.
3. Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints. *Am J Med*. 1997; 103:339-347.
4. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45:1100-1106.
5. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*. 1996; 11:9-15.
6. Meyer T, Klemme H, Hermann C. Depression but not anxiety is a significant predictor of physicians' assessments of medical status in physically ill patients. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 147-154.
7. Zimmerman M, Mattia J. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999; 40: 182-191.
8. Jorgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection and treatment status. *J Psychosom Res* 2001; 50: 199-204.
9. Löwe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, Fiehn C, Herzog W. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic Med* 2003; 65: 764-770.
10. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474-2480.
11. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients: validation of the “S4” model. *Psychosomatics* 1998; 39: 431-436.
12. 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: 339-347.
13. Jackson JL, Houston JS, Hanling SR, Terhaar KA, Yun JS. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 875-879.
14. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Homvak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 300 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 759-769.
15. Caraveo J, Martínez N, Rivera B. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998; 21: 48-57.
16. Gureje O. Psychiatric aspects of pain. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 42-46.
17. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13: 116-137.
18. Carroll L, Cassidy J, Cole P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004; 107: 134-139.

19. Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996; 119: 95-110.
20. Villaseñor Bayardo S. Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara, 2008: pp. 31, 60-62.
21. Medina-Mora ME, *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.
22. Thombs BD, *et al.* Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 30-38.
23. Lett H, Ali S, Whooley M. Depression and cardiac function in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychosom/Med* 2008; 70: 444-449.
24. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. *JAMA* 2006; 295: 2874-2881.
25. Lett HS, *et al.* Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66: 305-315.
26. Korkelila J, *et al.* Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health* 2003; 31: 451-459.
- 27.
28. Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Davey Smith G, Marmot J. Effects of income and wealth of GHQ depression and poor self-rated health in with collar women and men in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 18-23.
29. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfield A, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job insecurity on self-reported health, minor psychiatry morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 450-454.
30. Molarious A, *et al.* Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-base study in Sweden. *BMC Public Health* 2009; 9: 302-310.
31. Campos Navarro R. ¿Existe el empacho en Cuba? Textos históricos y etnográficos (1821-2004). *MEDISAN* 2004; 8: 4-12.



Medicina Social

Salud Para Todos