



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



Departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional "Siglo XXI" Hospital  
de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"

TÍTULO:

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL  
DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA

TESIS:

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. DANTE IGNACIO LEGARIA AGUILERA  
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

DRA. MARCELA TORRES HERNÁNDEZ  
ASESOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL  
DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA



DOCTORA

VICTORIA MENDOZA ZUBIETA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR

DAVIS COOPER BRIBIESCA  
PROFESOR TITULAR DE LA  
ESPECIALIDAD



DOCTORA

MARCELA TORRES HERNÁNDEZ  
MÉDICO ADSCRITA AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

# DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN

23/2/23, 10:08

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 034**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082**

FECHA **Jueves, 23 de febrero de 2023**

**M.E. marcela torres hernandez**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de depresión ingresados en el hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3601-020

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**M.C. GUADALUPE VARGAS ORTEGA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## AGRADECIMIENTOS

En este momento de reflexión y gratitud, deseo expresar mi sincero agradecimiento a aquellos que han sido pilares fundamentales en la realización de este proyecto.

Mis padres merecen un reconocimiento especial. Su apoyo ha sido mi mayor fortaleza, brindándome aliento y cariño incondicional desde antes de que esta travesía comenzara. Su presencia ha sido el motor que impulsó cada paso hacia la culminación de esta tarea.

Agradezco también a todas las personas que, de maneras diversas, han aportado su valioso grano de arena en este proceso. Sus contribuciones han sido como piezas de un rompecabezas, enriqueciendo la experiencia y llevándola a un nivel que nunca hubiera alcanzado solo.

A mis respetados maestros, quiero expresar mi más profundo agradecimiento. Su dedicación y conocimiento han sido guías en mi formación, dejando una huella imborrable en mi camino hacia la profesión que he elegido desempeñar el resto de mi vida.

Gracias a todos por ser parte integral de este capítulo. Su influencia ha dejado una marca imborrable en este viaje, y estoy eternamente agradecido por ello.

## HOJA DE DATOS

Título del proyecto: Prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con depresión ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta

Identificación de los investigadores:

Investigador principal: Marcela Torres Hernández

Posición institucional: Médico adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”

Teléfono: +52 55 5606 8323 ext. 21333

Correo electrónico: [marcela.torresh@imss.gob.mx](mailto:marcela.torresh@imss.gob.mx)

Tesis para el grado de Psiquiatría: Dante Ignacio Legaria Aguilera

Posición institucional: Residente de cuarto año de Psiquiatría

Teléfono: +52 55 2516 5706

Correo electrónico: [dantelegaria@gmail.com](mailto:dantelegaria@gmail.com)

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS .....	iii
HOJA DE DATOS .....	iv
RESUMEN .....	viii
MARCO TEÓRICO.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	12
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	12
OBJETIVO GENERAL .....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
MATERIAL, DISEÑO Y MÉTODO.....	14
Población de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra .....	14
Definición de variables .....	17
Análisis Estadístico .....	22
ASPECTOS ÉTICOS .....	23
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	26
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN .....	39
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	48
ANEXO 2. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	49
ANEXO 3. ESCALA SOMATIC SYMPTOM SCALE (SSS-8).....	50
ANEXO 4. ESCALA PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-15) .....	51

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo con el género en porcentajes.....	28
Figura 2. Distribución de los pacientes en grupos de edades de acuerdo con el número de pacientes y su porcentaje.....	29
Figura 3: Distribución de los pacientes de acuerdo con su estado civil en porcentajes.....	29
Figura 4: Distribución de los pacientes en grados de escolaridad en porcentajes.....	30
Figura 5. Distribución de los pacientes de acuerdo con su ocupación en porcentajes.....	30
Figura 6. Distribución de los pacientes de acuerdo con el número de internamientos en unidades psiquiátricas: se muestra el porcentaje de la muestra total para cada grupo.....	31
Figura 7. Distribución de acuerdo con la duración de la enfermedad: se muestra el número de pacientes en grupos de acuerdo con el género y el total de pacientes.....	32
Figura 8. Distribución de acuerdo con las comorbilidades médicas: se muestra el número de pacientes en grupos de acuerdo con el género y el total de pacientes.....	33
Figura 9. Puntaje de la Escala Somatic Symptoms Scale – 8: Distribución de los pacientes de acuerdo con el número de pacientes y porcentajes por gravedad de sus síntomas.....	34
Figura 10. Resultados de la Escala Somatic Symptoms Scale - 8: Distribución de los pacientes de acuerdo al número de pacientes y porcentajes por gravedad de sus síntomas.....	35
Figura 11. Puntaje de la escala Patient Health Questionnaire – 15: Distribución del número y porcentaje de pacientes según su género y de acuerdo con la clasificación de la gravedad de los síntomas.....	37
Figura 12: Resultados de la escala Patient Health Questionnaire – 15: Distribución de los pacientes de acuerdo con el número de pacientes y porcentajes por gravedad de sus síntomas. ....	38



ABREVIATURAS:

- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5
- ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina
- STAR\*D: Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression
- SSS-8: Somatic Symptom Scale - 8
- PHQ-15: Patient Health Questionnaire - 15

## RESUMEN

**Título:** Prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con depresión ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

**Introducción:** El Trastorno depresivo mayor es la enfermedad psiquiátrica más frecuente y una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En los pacientes con Trastorno depresivo mayor es frecuente encontrar síntomas somáticos; los cuales se definen como los síntomas físicos que se manifiestan en algún órgano del cuerpo. La relevancia de los síntomas somáticos en la depresión se atribuye a que están asociados a una mayor severidad de la enfermedad, una peor calidad de vida, mayor discapacidad laboral, mayor utilización de los servicios de salud y una pobre respuesta al tratamiento. A consecuencia de esto el reconocimiento de los síntomas somáticos como un aspecto fundamental del diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor, es importante para mejorar el curso y pronóstico de la enfermedad en los pacientes con Trastorno depresivo mayor.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor que se encuentren hospitalizados.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal en el que se incluyeron pacientes diagnosticados con Trastorno depresivo mayor (de al menos 2 semanas de evolución) hospitalizados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” en un periodo de 6 meses de febrero de 2023 a julio de 2023.

**Resultados:** Durante un período de estudio de 6 meses con 59 pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (48 mujeres y 11 hombres), se analizó el perfil sociodemográfico y clínico. La edad promedio fue de 33.8 años, con una diversidad en estado civil y niveles educativos. En cuanto al perfil clínico, el 30.5% tenía diagnóstico médico, con prevalencia de diabetes (6.8%) e hipertensión (5%). La duración promedio de la enfermedad fue de 7 años, con un promedio de 1.66 internamientos psiquiátricos. La evaluación de la sintomatología somática reveló que el 100% de las mujeres y hombres presentaron síntomas durante los últimos 7 días, destacando problemas para dormir, fatiga, mareos y dolores de cabeza. La escala PHQ-15 mostró que el 93.8% de las mujeres y el 90.9% de los hombres padecían sintomatología somática en las últimas 4 semanas, con síntomas como dificultades para dormir y dolores de cabeza generando mayor preocupación. Los síntomas somáticos más frecuentes fueron fatiga (100%), problemas para dormir (93.2%), dolores de cabeza (88.1%) y mareos (84.7%). La preocupación fue más común en relación con sentirse cansado/a, dificultades para dormir y dolores de cabeza.

**Conclusión:** En resumen, este estudio revela una alta prevalencia de síntomas somáticos en pacientes hospitalizados con Trastorno Depresivo Mayor. Se encontró que un 100% de la muestra de pacientes reportaron la presencia de síntomas somáticos mediante la escala SSS-8 y un 93.2% de los pacientes reportaron algún síntoma somático mediante la escala PHQ-15. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar integralmente los síntomas somáticos durante la

evaluación clínica y la selección de estrategias de tratamiento en los pacientes con Trastorno depresivo mayor en tratamiento intrahospitalario.

**Palabras clave:** síntomas, somáticos, depresión.

## MARCO TEÓRICO

### TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El Trastorno depresivo mayor se define como la presencia de ánimo triste o pérdida del interés en actividades de la vida diaria, con presencia de al menos cinco de una lista de 9 síntomas; que persisten por al menos dos semanas consecutivas y que ocasionan una disminución significativa en la funcionalidad social, ocupacional o educativa. El Trastorno depresivo mayor se identifica por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de una historia de manía o hipomanía. (1)

El Trastorno depresivo mayor puede aparecer en cualquier momento de la vida y las molestias pueden ser variables. Con frecuencia se puede encontrar pérdida del placer, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño y del apetito, disminución de la energía, retraimiento social o ideación suicida. Otros síntomas que se pueden encontrar son: dificultades para concentrarse, disfunción cognitiva variable, ansiedad, fatiga crónica, molestias somáticas, pérdida de la libido o síntomas psicóticos. Los síntomas psicóticos pueden consistir en alucinaciones o ideas delirantes que giran en torno a temas congruentes con el estado de ánimo bajo; siendo menos frecuentes las ideas delirantes extrañas; las alucinaciones se presentan con menor frecuencia. (1)

### EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El Trastorno depresivo mayor es el trastorno mental con mayor prevalencia a nivel mundial, alrededor de 300 millones de personas en el mundo padecen este trastorno. (2) Se estima que la prevalencia del Trastorno depresivo mayor en los

países en vías de desarrollo se encuentra en el 11.1% de la población general y en los países desarrollados en el 14.6%. En 2017 la prevalencia mundial del Trastorno depresivo mayor se estimó en 2.21% para todas las edades y sexos. (3)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es una de las principales causas de discapacidad y suicidio en varias regiones del mundo; en 2007 se estimó que la carga de la enfermedad se situaba en el tercer puesto a nivel mundial, lo que ha ido en aumento hasta la actualidad. (4)

### **LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA DEPRESIÓN**

Los síntomas somáticos se definen como sensaciones corporales o disfunciones físicas como las relacionadas con el sueño, el apetito o la digestión; las cuales son percibidas como molestas o displacenteras y que pueden causar preocupación en el paciente. (5) Así mismo se clasifican en síntomas vegetativos, síntomas dolorosos y síntomas no dolorosos. Otros términos que han sido utilizados para describir los síntomas somáticos son: “síntomas sin explicación médica”, “psicógenos”, “somatomorfos”, “enfermedades crónicas dolorosas” o “síntomas somatizados”. (6)

Los sistemas de clasificación actuales han puesto énfasis en los síntomas psicológicos de la depresión; en el DSM-5 sólo se incluyen tres síntomas somáticos entre los criterios de diagnóstico: alteraciones del sueño, cambios en el apetito y pérdida de la energía. Por consiguiente, los síntomas somáticos rara vez son el foco de atención dentro de las clínicas de salud mental. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha encontrado que los síntomas somáticos son la principal expresión de la depresión a nivel mundial; los cuales se presentan en más del 50% de los pacientes en muestras recabadas alrededor del mundo. (7) En varios países,

alrededor de dos tercios de los pacientes con Trastorno depresivo inician exclusivamente con síntomas somáticos y aproximadamente la mitad presentan síntomas para los cuales no existe una explicación médica. (8) Por lo tanto, los síntomas somáticos en pacientes con Trastorno depresivo causan un aumento en la frecuencia de utilización de los servicios de salud y un aumento en los costos relacionados con la atención médica. (9)

Existen varios estudios que han demostrado que los síntomas somáticos predicen una mayor severidad de la enfermedad, un peor pronóstico y una pobre respuesta al tratamiento. También se relacionan con una mayor cronicidad del Trastorno depresivo mayor y un retraso en la remisión de la enfermedad. Los síntomas de origen cardiopulmonar y gastrointestinal, así como los síntomas físicos generales, son predictores de una persistencia del Trastorno depresivo mayor a un periodo de 2 años. (10) Incluso a pesar de un adecuado tratamiento del Trastorno depresivo mayor, los síntomas somáticos podrían convertirse en síntomas residuales, lo cual aumenta el riesgo de recaída del Trastorno depresivo. (11)

## **PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA DEPRESIÓN**

Los síntomas somáticos son comunes en el Trastorno depresivo mayor. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor del 70% de los pacientes con criterios para Trastorno depresivo mayor presentan síntomas somáticos como principal motivo para solicitar atención médica en los servicios de primer nivel de atención. (12). Un estudio internacional multicéntrico reportó que aproximadamente dos tercios de los pacientes con Trastorno depresivo presentan síntomas somáticos. (13) En los países occidentales se estima que la prevalencia de los síntomas

somáticos en pacientes con depresión es del 66% al 93%. (14) En Asia se ha encontrado que alrededor del 50% al 70% de los pacientes con Trastorno depresivo presentaban síntomas somáticos de moderada a severa intensidad; este tipo de pacientes presentaban mayor tendencia a prestar más atención a los síntomas somáticos y a buscar ayuda médica de tipo no psiquiátrica. (15) En los hospitales generales se ha observado que hasta un 98% de los pacientes con Trastorno depresivo mayor presentaban síntomas somáticos. (16) Existen diversos estudios que indican que el Trastorno depresivo mayor podría explicar la mayoría de los síntomas físicos encontrados en el entorno clínico y hospitalario, para los cuales no se encuentra explicación médica. (17) También se ha reportado que los pacientes con depresión son 4 veces más propensos a padecer Trastornos somatomorfos en comparación con los pacientes sin Trastorno depresivo mayor. (18)

## **TIPOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Los síntomas somáticos del Trastorno depresivo mayor se pueden agrupar en tres grupos:

1. Síntomas vegetativos: alteraciones del sueño, cambios en el apetito y falta de energía.
2. Síntomas dolorosos: cefalea, lumbalgia, malestar gastrointestinal y dolor musculoesquelético.
3. Síntomas no dolorosos: mareo, palpitaciones, disnea y náuseas. (19)

Los síntomas neurovegetativos como las alteraciones del sueño y cambios en el apetito están incluidos en los criterios principales para el diagnóstico de Trastorno



depresivo mayor. Los síntomas dolorosos están correlacionados de manera positiva con la severidad de los síntomas depresivos y podrían disminuir la respuesta al tratamiento, lo cual aumenta de manera significativa la carga de la enfermedad. (19)

Un estudio demostró que los síntomas somáticos podrían ser la base para un sistema de clasificación para el Trastorno depresivo mayor en 3 subtipos en base a la severidad de los síntomas somáticos:

1. Depresión con síntomas somáticos leves
2. Depresión con síntomas somáticos moderados
3. Depresión con síntomas somáticos severos. (19)

Se ha demostrado que los pacientes con síntomas somáticos severos tienen una mayor severidad de los síntomas depresivos y ansiosos. Sin embargo, los pacientes con síntomas somáticos moderados tuvieron una peor remisión de la enfermedad, con presencia de síntomas depresivos más severos. (19)

## **MODELOS TEÓRICOS DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Los síntomas depresivos y los síntomas somáticos se encuentran asociados de una forma importante. Se ha encontrado que los síntomas somáticos se relacionan con una mayor prevalencia de depresión. Para explicar la naturaleza de la relación entre los síntomas somáticos y la depresión, se han creado tres modelos: (1) modelo funcional: postula que los síntomas somáticos preceden a los síntomas depresivos, (2) modelo de desregulación afectiva: los síntomas depresivos preceden a los síntomas somáticos, y (3) modelo sociocultural: los síntomas depresivos están

relacionados a síntomas somáticos en el contexto de la cultura occidental, pero la asociación es débil en el contexto de otras culturas. (20)

- *MODELO FUNCIONAL*

En este modelo, los síntomas somáticos preceden a los síntomas depresivos. De manera que el individuo, comienza con sintomatología física cuyo origen desconoce, por consiguiente, su calidad de vida se va deteriorando, así como su funcionamiento global. El malestar generado por los síntomas somáticos tiene repercusiones negativas en su salud mental, lo cual se expresaría mediante sintomatología de tipo depresiva. (24) Analizando la información obtenida de diversos estudios, se concluyó que la presencia de síntomas somáticos tiene una fuerte asociación con la presencia de síntomas depresivos, y la severidad de la sintomatología somática es un indicador de riesgo para el desarrollo futuro del Trastorno depresivo mayor. (25) Las implicaciones que esto tiene sobre la vida del individuo son varias: presencia de dolor crónico, pérdida de la funcionalidad, bajo rendimiento laboral o académico, problemas en las relaciones interpersonales, aumento de la necesidad de los servicios de salud, entre otras. El número de quejas somáticas es un indicador de la presencia de sintomatología depresiva; así mismo, a mayor número de síntomas somáticos, mayor sería el riesgo de desarrollar un Trastorno depresivo mayor. (26,27). Otros estudios apoyan la hipótesis de que los síntomas somáticos podrían ser una manifestación temprana de la depresión, o en dado caso, podrían preceder el cuadro depresivo antes de que ocurra su máxima expresión. (28)

- *MODELO DE DESREGULACIÓN AFECTIVA*

En este modelo los síntomas depresivos preceden a los síntomas somáticos. El Trastorno depresivo mayor produce una exacerbación de los problemas de salud, debido a que amplifica el dolor y el malestar físico experimentado por la persona. (26) Algunos estudios sugieren que el Trastorno depresivo mayor es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología somática, debido que se ha observado que incrementa la incidencia de síntomas físicos como dolor osteoarticular o cefalea. De acuerdo con este modelo, la presencia y severidad de los síntomas depresivos serían predictores del desarrollo posterior de la sintomatología somática.

- *MODELO SOCIOCULTURAL*

Existe la propuesta que menciona que las culturas que restringen la expresión de la sintomatología psicológica y que tienen una mayor aceptación de la manifestación de los síntomas somáticos, favorecen la aparición de la somatización como forma de expresar el estrés psicológico. La presencia de los síntomas somáticos ayudaría al individuo a canalizar el malestar psicológico hacia el exterior de una forma socialmente aceptable bajo el contexto de su cultura. De esta manera, el individuo evita el riesgo de estigmatización y también podría ser una herramienta para aumentar su red de apoyo. En la cultura occidental, los individuos tendrían la tendencia a tratar de resolver el conflicto psicológico con manifestaciones somáticas, hacia actividades que poseen la intención de aliviar el malestar físico; como, por ejemplo, acudiendo a los servicios de salud médica. Según el modelo sociocultural, la sociedad influye en la importancia adaptativa de la sintomatología somática. (18)

## **LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y LA INFLAMACIÓN**

Se ha encontrado evidencia de una asociación entre los síntomas neurovegetativos de la depresión y la inflamación. (21) Existe evidencia creciente entre la relación bidireccional entre la depresión y la inflamación. Esta relación proviene de las siguientes observaciones: (1) los pacientes con depresión muestran una elevación de los biomarcadores periféricos inflamatorios, incluso en la ausencia de una enfermedad médica; (2) las enfermedades inflamatorias están relacionadas con una mayor prevalencia de depresión; y (3) los pacientes tratados con citocinas tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno depresivo mayor y la administración de anticitocinas en pacientes con depresión y enfermedades inflamatorias, ha dado como resultado una mejoría en los síntomas depresivos. (22)

Se ha postulado que los mediadores inflamatorios podrían alterar la neurotransmisión monoaminérgica y glutamatérgica, la resistencia de los receptores de glucocorticoides y la neurogénesis hipocampal. La expresión elevada de los mediadores inflamatorios podría producir una pobre respuesta al tratamiento con fármacos y afectar las vías de señalización cerebrales. (22) El deterioro del estado emocional asociado a la inflamación se refleja en cambios en la actividad a nivel de la corteza cingulada anterior subgenual y en su conectividad funcional durante las respuestas evocadas a estímulos emocionales. Las citocinas periféricas modulan la conectividad emocional de la corteza cingulada anterior subgenual, lo cual sugiere la presencia de una base patofisiológica para el Trastorno depresivo mayor. Las citocinas proinflamatorias relacionadas con la depresión incluyen la proteína C reactiva, interleucina-2, interleucina-6, factor de necrosis tumoral alfa, proteína quimiotáctica del monocito-1 y selectina-P. Un estudio encontró que la existencia de

una mayor sensibilidad al dolor en pacientes con depresión podría estar relacionada con un aumento en los niveles de factor de necrosis tumoral alfa. (22)

En los pacientes con Trastorno depresivo mayor, los marcadores de inflamación entre los cuales se encuentran la proteína C reactiva y la interleucina (IL-6), están asociados de forma positiva con los síntomas somáticos. (23) También se ha observado una fuerte asociación entre las alteraciones del apetito con la proteína C reactiva; y la asociación entre la fatiga y pérdida de energía con la proporción granulocito/linfocito. (24)

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Las expectativas de regulación del afecto negativo son las creencias acerca de la capacidad que tienen los pensamientos o comportamientos de una persona, para mejorar sus emociones negativas. Las personas que poseen una alta expectativa de regulación del afecto negativo se sienten capaces de hacerse sentir mejor a sí mismas; mientras que las personas con una baja expectativa de regulación del afecto negativo tienen la creencia que no poseen la capacidad de cambiar sus afectos negativos. Hay investigaciones que demuestran la existencia de una fuerte relación entre los niveles altos de expectativa de regulación del afecto negativo y los menores niveles de depresión. (25) También se ha observado que los niveles altos de expectativa de regulación del afecto negativo están relacionados con una menor cantidad de síntomas somáticos, así como con una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activas y menor uso de estrategias de afrontamiento evitativas. (25)

## LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA DEPRESIÓN

Existe evidencia clínica que indica que los síntomas somáticos tienen una menor respuesta a los antidepresivos ISRS de primera línea. Los antidepresivos duales, incluyendo algunos antidepresivos tricíclicos, venlafaxina, mirtazapina y duloxetina, pueden ofrecer una mayor eficacia para mejorar los síntomas somáticos a comparación con algunos ISRS. (26) Todavía no se ha descrito el mecanismo que produce este efecto, pero podría estar relacionado con la modulación de la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica. Algunos estudios anatómicos han encontrado la existencia de múltiples vías de señalización nociceptiva que implican estos sistemas de neurotransmisión monoaminérgica. (26)

El estudio STAR\*D demostró que los pacientes con depresión de tipo somático presentaban menores tasas de remisión con el ISRS llamado citalopram; también se reportó que la mirtazapina es un antidepresivo seguro y efectivo en pacientes con depresión somática. Otro estudio reportó que los pacientes sin síntomas somáticos o con síntomas somáticos leves (84%) alcanzaban mayores tasas de remisión a comparación con los pacientes con síntomas somáticos moderados o severos (72% y 53% respectivamente). (27)

Existen análisis que sugieren que la mejoría de los síntomas somáticos está correlacionada con un resultado favorable del curso de la depresión. Así mismo, la mejoría de los síntomas somáticos estuvo asociada a mayores tasas de remisión. Esta información nos indica que los síntomas somáticos en la depresión tienen el

potencial de ser objetivos terapéuticos primarios y uno de los factores a tomar en cuenta para la selección del antidepresivo.

## **JUSTIFICACIÓN**

Comprender la relación que existe entre los síntomas somáticos y la depresión es de gran importancia para el diagnóstico y manejo del Trastorno depresivo mayor. En nuestro país, una gran parte de los pacientes con trastornos afectivos se presentan a la consulta de primer contacto con una amplia variedad de síntomas físicos. Varios estudios han encontrado la asociación que existe entre la severidad de los síntomas físicos y el curso de la enfermedad depresiva. Por lo cual es de vital importancia reconocer el aspecto somático de la depresión en nuestra población como un factor que debe ser tomado en cuenta para el abordaje diagnóstico, terapéutico y pronóstico de los pacientes con Trastorno depresivo mayor. El beneficio es estimable debido a la alta prevalencia de síntomas somáticos en esta población de pacientes.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Trastorno depresivo mayor es una enfermedad psiquiátrica con una alta prevalencia a nivel nacional y mundial; representa un problema de salud pública que conlleva altos costos en la atención médica, así como varios días de productividad perdidos a consecuencia de la enfermedad. En México el Trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar de discapacidad en las mujeres y el noveno lugar en hombres. La información proporcionada por la Encuesta Nacional de Epidemiología

Psiquiátrica (ENEP) en México indica que el 9.2% de los mexicanos ha sufrido un trastorno afectivo en algún momento de su vida y un 4.8% durante los 12 meses previos al estudio. A pesar de la alta prevalencia del Trastorno depresivo mayor, en muchas ocasiones la enfermedad es infradiagnosticada. Esto sucede debido a que una gran parte de los pacientes inician con síntomas físicos los cuales pueden dificultar el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor mientras el paciente se encuentra en el primer nivel de atención médica. La depresión es una enfermedad que se manifiesta mediante síntomas emocionales y físicos; entre los últimos se encuentra una gran variedad de síntomas que podrían confundirse con otras enfermedades médicas. Varios estudios indican que un 70% de los pacientes con Trastorno depresivo mayor buscan atención médica debido a que las molestias físicas son el principal motivo de consulta.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de los síntomas somáticos en pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor hospitalizados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” de la Ciudad de México?

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

- Existe una prevalencia superior al 50% de síntomas somáticos en pacientes con Trastorno depresivo mayor ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor.



## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor que se encuentren internados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” en un periodo de 6 meses, de febrero de 2023 a agosto de 2023.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Captar pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.
2. Corroborar el diagnóstico de los síntomas depresivos en pacientes ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” con el diagnóstico de depresión mediante los criterios diagnósticos del DSM-5 para Trastorno depresivo mayor.
3. Determinar la presencia de los síntomas somáticos en pacientes ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor mediante las escalas Somatic Symptom Scale (SSS-8) y Patient Health Questionnaire (PHQ-15).
4. Determinar la prevalencia de síntomas somáticos en los pacientes con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.
5. En caso de detectar síntomas somáticos, se ofrecerá tratamiento farmacológico para su control en colaboración con los médicos tratantes, dentro de la unidad hospitalaria.

## MATERIAL, DISEÑO Y MÉTODO

### *Diseño de estudio*

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

### *Población y muestra*

El estudio se realizó en pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor de acuerdo con los criterios del DSM-5, que se encontraban hospitalizados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social en un periodo de 6 meses, de febrero de 2023 a agosto de 2023.

### **Población de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra**

#### *Criterios de inclusión*

- Pacientes de 18 a 65 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor; los cuales se encuentren ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Pacientes que estén de acuerdo en participar en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

#### *Criterios de exclusión*

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 65 años.
- Pacientes que no cuenten con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

- Pacientes sin diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes con disminución en su capacidad cognitiva.
- Pacientes que no se encuentren hospitalizados al momento de realizar el estudio.
- Pacientes con enfermedades musculoesqueléticas.

#### *Criterios de eliminación*

- Pacientes que deseen abandonar el estudio después de haber aceptado participar y haber firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que no hayan podido completar las encuestas y escalas de manera adecuada.

#### *Procedimiento*

- Se invitó a participar en el estudio a los pacientes que se encontraban en el área de hospitalización (hombres y mujeres) del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.
- A cada paciente se le dio a leer y firmar el consentimiento informado por parte del investigador, siempre y cuando el paciente accediera a participar en el estudio.
- Se dio a llenar al paciente el formato de datos sociodemográficos.
- Se brindó la escala Somatic Symptom Scale (SSS-8) y la escala de Patient Health Questionnaire (PHQ-15) a cada paciente.
- En el caso de que llegara a haber dudas, éstas fueron resueltas por el investigador con información clara y concisa.

- Se ofreció tratamiento a los síntomas somáticos que no estaban bajo control farmacológico en colaboración con el médico tratante.

### *Instrumentos*

- Somatic Symptom Scale (SSS-8): es un instrumento diseñado para la detección de síntomas somáticos en la población general y es una versión corta del Patient Health Questionnaire (PHQ-15). La escala ofrece una medición confiable de la presencia de síntomas somáticos en pacientes con enfermedades médicas y psiquiátricas; es un instrumento de tamizaje breve para la detección de los principales síntomas somáticos. Es autoadministrada, se contesta en 5 minutos en promedio y consta de 8 ítems. El rango de la escala es de 0 a 32, con una puntuación en cinco categorías: 0-3 (mínima), 4-7 (baja), 8-11 (media), 12-15 (alta) y 16-32 (muy alto), el punto de corte para la detección de síntomas somáticos clínicamente relevantes es de 4 puntos en adelante. (29)
- Patient Health Questionnaire (PHQ-15): fue diseñado por Kroenke y colaboradores como una medida de la intensidad o severidad de los síntomas somáticos y para identificar a los pacientes más susceptibles de desarrollar sintomatología clínica aparente; para ser aplicada en la población general. La escala identifica el 90% de los síntomas somáticos que se han reportado en paciente ambulatorios; pero a diferencia de la Somatic Symptom Scale, su aplicación requiere más tiempo. Es autoadministrada, con un tiempo promedio de aplicación de 10 a 15 minutos; y consta de 15 ítems, con una subescala de síntomas somáticos (13 ítems) y una subescala de depresión

(2 ítems). El rango de la escala es de 0 a 40 puntos, con una puntuación en cuatro categorías: 0-4 (mínima), 5-9 (baja), 10-14 (media) y 15-30 (alta), el punto de corte para la detección de síntomas somáticos clínicamente relevantes es de 5 puntos en adelante. (30)

### *Selección de la muestra*

Muestra no probabilística por conveniencia. Se recolectarán los datos por medio de dos encuestas auto aplicadas.

### *Tamaño de la muestra*

Por cuota: se ingresaron al estudio a los pacientes que eran candidatos según los criterios de inclusión y que fueron valorados en un periodo de 6 meses, de febrero de 2023 a agosto de 2023.

### **Definición de variables**

<b>Nombre</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Fuente de información</b>
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	Trastorno caracterizado por 2 semanas o más con presencia de ánimo triste o anhedonia, más otros síntomas	Cumplimiento de los criterios del DSM-5 para Trastorno depresivo mayor	Categórica dicotómica	Entrevista

<b>Síntomas somáticos</b>	Sensaciones corporales o disfunciones físicas como las relacionadas con el sueño, el apetito o la digestión; las cuales son percibidas como molestas o displacenteras y que pueden causar preocupación en el paciente	Se describe la presencia o ausencia de los síntomas.	Ordinal dicotómica.	Entrevista
---------------------------	---	--	---------------------	------------

*Otras variables*

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Instrumento</b>
------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------	--------------------

<b>Sexo</b>	Género al que pertenece el paciente.	a. Femenino b. Masculino	Variable cualitativa nominal	Hoja de datos
<b>Edad</b>	Años de vida que tiene el paciente.	Años de vida que tiene el paciente al momento de la realizar la encuesta.	Variable cuantitativa discreta	Hoja de datos
<b>Estado civil</b>	Situación civil del paciente al momento de realizar la encuesta.	a. Soltero/a b. Casado/a c. Viudo/a d. Separado/a e. Unión libre	Variable cualitativa nominal	Hoja de datos
<b>Escolaridad</b>	Años cursados y aprobados en algún tipo de institución educativa.	a. Sin enseñanza educacional b. Primaria c. Secundaria d. Preparatoria e. Carrera técnica f. Licenciatura. g. Posgrado	Variable cualitativa ordinal	Hoja de datos
<b>Ocupación</b>	Tipo de trabajo que realiza el	a. Trabajo medio tiempo.	Variable cualitativa nominal	Hoja de datos

	paciente y que le genera recursos económicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Trabajo tiempo completo.</li> <li>c. Hogar.</li> <li>d. Desempleado.</li> <li>e. Jubilado.</li> <li>f. Pensionado.</li> </ul>		
<b>Diagnósticos psiquiátricos</b>	Cumplimiento de los criterios del DSM-5 para una o más enfermedades psiquiátricas (además del Trastorno depresivo mayor).	Trastorno afectivo, ansioso, psicótico, de personalidad, obsesivo compulsivo.	Variable cualitativa	Hoja de datos
<b>Duración de la enfermedad</b>	Cantidad de tiempo en semanas, meses o años, que ha transcurrido desde el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor.	Tiempo que ha transcurrido desde que se le diagnóstico el Trastorno depresivo mayor al paciente al momento de realizar la encuesta.	Variable cuantitativa discreta	Hoja de datos



<b>Comorbilidad médica</b>	Listado de condiciones médicas no relacionadas con el área de psiquiatría, las cuales han sido diagnosticadas en el paciente.	Diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, dislipidemia, otras enfermedades crónico-degenerativas.	Variable cualitativa nominal	Hoja de datos
<b>Cantidad de internamientos psiquiátricos</b>	Número de internamientos que ha tenido el paciente en unidades psiquiátricas a lo largo de toda su vida, incluyendo el internamiento actual.	Número de internamientos en unidades psiquiátricas que ha tenido el paciente al momento de realizar la encuesta.	Variable cuantitativa discreta	Hoja de datos

## **Análisis Estadístico**

Se utilizó una base de datos en Excel para Windows para la realización del procesamiento de datos, mediante el cual se hizo un análisis estadístico descriptivo.

La investigación de la prevalencia de síntomas somáticos en pacientes hospitalizados con Trastorno depresivo mayor se realizó mediante el uso de porcentajes y frecuencias, las cuales fueron representadas mediante gráficos.

Así mismo se llevó a cabo una verificación de la calidad de la captura de datos a través de la revisión aleatoria de un 10% del total de los expedientes, así como un análisis exploratorio de datos para verificar resultados aberrantes.

## ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio prospectivo se realizó en base a los principios estipulados dentro del marco legal de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, con la última reforma publicada el 01 de junio de 2021, en el título quinto, capítulo único de Investigación para la Salud; este estudio se apegará a los artículos 96 y 100. Con respecto a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, con la última reforma publicada el 02 de abril de 2014. En su artículo 17, fracción I, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Tomando en cuenta lo anterior, el riesgo de este estudio se clasifica como investigación de riesgo mínimo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio y se utilizaron cuestionarios en los que no se identificaron o trataron aspectos sensitivos de su conducta.

Este estudio se realizó de acuerdo con los principios generales de bioética estipulados en la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) en octubre de 2013. Se dio cumplimiento a la sección de principios generales (artículos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15), la sección de riesgos, costos y beneficios (artículos 16, 17, 18), la sección de grupos y personas vulnerables (artículos 19 y 20) y la sección de requisitos científicos y protocolos de investigación (artículos 21 y 22). Este estudio se envió al comité de ética de investigación

pertinente para su consideración, comentario, consejo y aprobación para dar cumplimiento al artículo 23. Así mismo se tomaron las precauciones necesarias para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación y su confidencialidad de su información personal como lo estipula el artículo 24; y con respecto al consentimiento informado, el estudio cumplirá con los artículos 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32. Se les explicó y solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes, haciendo hincapié en la confidencialidad de los datos; los cuales fueron resguardados por el investigador principal asignándoles un código numérico. De esta manera, el nombre y los datos principales de los pacientes no aparecieron en ninguno de los reportes; por lo que esta información fue utilizada únicamente para fines de investigación. Este estudio también se apegó a los artículos 35 y 36, para su publicación y difusión de los resultados de la investigación.

El propósito de este estudio es comprender la prevalencia de los síntomas somáticos en la depresión, con el fin de ayudar a mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas del Trastorno depresivo mayor. Para lograr el objetivo, se planea que el estudio sea seguro y con apego a los estándares éticos reconocidos a nivel mundial.

Durante la realización del estudio se salvaguardó la salud y el bienestar de los pacientes, respetando en todo momento sus derechos y los 5 principios de bioética siguientes:

1.- Autonomía: los participantes tendrán la capacidad de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar. Todos los participantes serán tratados como seres autónomos y podrán

elegir su libre participación en el estudio o su abandono si así lo decida o lo requiera el participante.

2.- No maleficencia: el estudio tendrá pocas probabilidades de ocasionar algún daño o sufrimiento a los participantes debido a que representa un riesgo mínimo para el participante.

3.- Beneficencia: el paciente se beneficiará al obtener información sobre los síntomas físicos y la depresión; también se le podrá ofrecer tratamiento para los síntomas físicos asociados a la depresión en colaboración con el médico tratante.

4.- Justicia: en este estudio no se discriminará por sexo, religión, raza, orientación sexual o situación socioeconómica y se pondrá énfasis en el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Así mismo, cada participante tendrá una participación equitativa y la información que cada uno de ellos proporcione tendrá el mismo peso que el de los demás participantes.

5.- Confidencialidad: los datos que se obtengan serán salvaguardados por los investigadores encargados del estudio en bases de datos de dispositivos de cómputo que estarán protegidos por contraseña, con el fin de asegurar la confidencialidad de los participantes del estudio. También se asignará un número de folio a cada participante, con el fin de que sus datos personales no aparezcan en los reportes.

Balance riesgo/beneficio: el beneficio obtenido sobrepasa al riesgo debido a que ayudará a obtener conocimiento científico que ayude a la creación de hipótesis e investigaciones. Esto con el fin de proporcionar una evidencia de mejor calidad y

peso metodológico que mejore la comprensión de la prevalencia de los síntomas somáticos en el trastorno depresivo mayor y de esta forma perfeccionar su tratamiento.

Finalmente, este estudio no tuvo implicaciones de bioseguridad debido a que no se utilizaron materiales biológicos infectocontagiosos como cepas patógenas de bacterias, parásitos o virus, o cualquier material que pudiera poner en riesgo la salud y la integridad física de los pacientes y el personal de salud que llegó a participar en el estudio.

## **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### *Recursos humanos*

Se requirió la participación directa de los investigadores, posterior a la autorización de la investigación por parte del personal directivo del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Así mismo, la valoración y la hospitalización de los pacientes se llevó a cabo por parte del personal médico adscrito y residentes en el área de admisión continua del hospital.

### *Recursos materiales*

Se utilizaron escalas y encuestas impresas, plumas y laptop. El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual es una unidad que

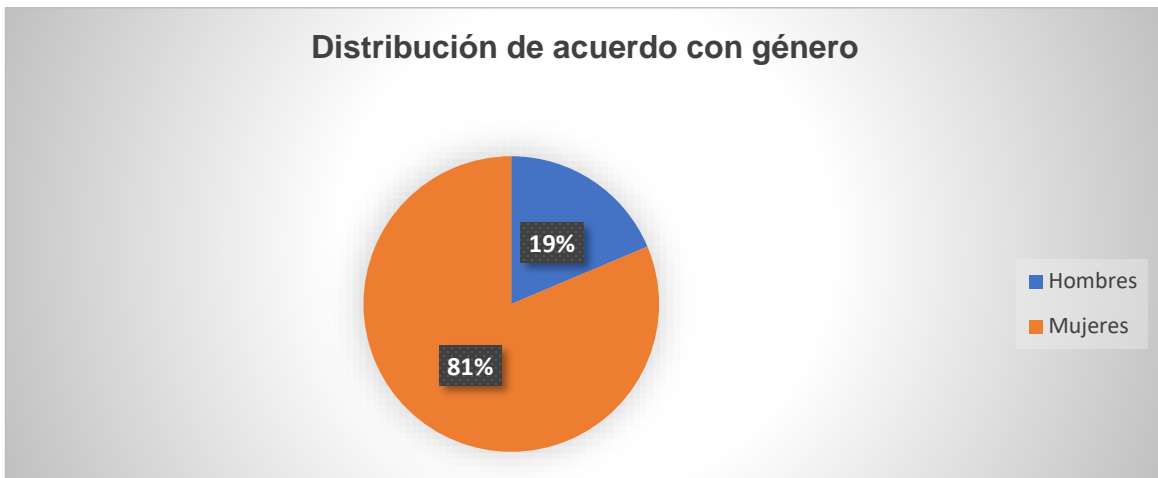
pertenece administrativamente al Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### *Recursos Financieros*

Para la realización del estudio se utilizaron hojas de papel bond para la impresión de las escalas, encuestas y consentimientos informados, cuyo costo fueron cubiertos por los investigadores.

## RESULTADOS

El periodo de estudio fue de 6 meses, con un número total de pacientes de 59, los cuales fueron diagnosticados con un Trastorno depresivo mayor por parte de un psiquiatra cualificado; de los cuales 48 fueron del sexo femenino y 11 del sexo masculino.

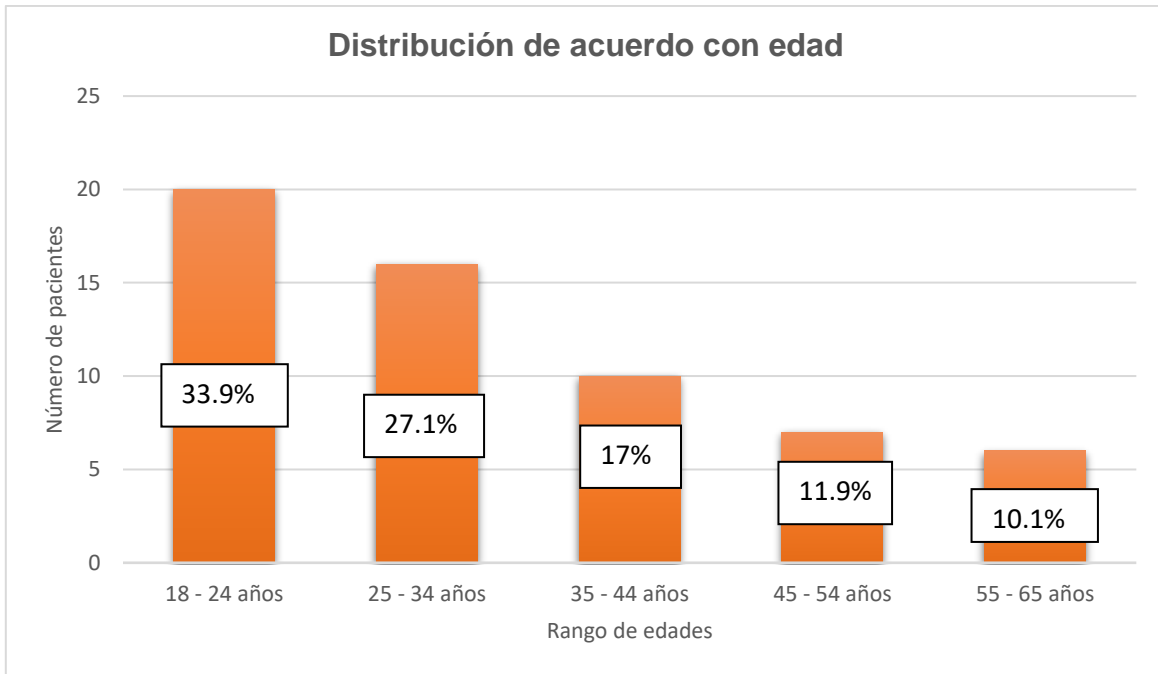


**Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo con el género en porcentajes.**

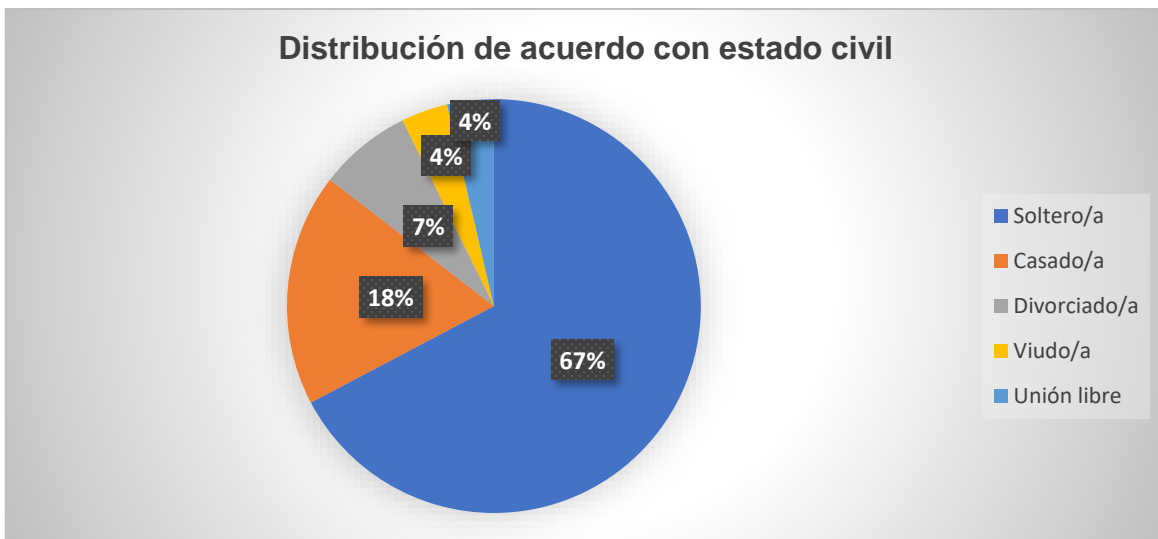
### *Perfil sociodemográfico*

La edad de los participantes fue de entre 18 y 65 años y su edad promedio fue de 33.8 años. El estado civil en los pacientes fue de 10 casados, 37 solteros, 2 viudos, 4 divorciados y 5 en unión libre. En cuanto a la escolaridad, 3 pacientes contaban con escolaridad primaria, 9 pacientes con escolaridad secundaria, 20 pacientes con bachillerato, 25 pacientes con licenciatura y 2 pacientes con estudios de posgrado. El 35.6% de los pacientes se encontraban laborando, 39% eran estudiantes, el 11.9% se dedicó al hogar, 5% estaban jubilados/pensionados y 8.5% estaban desempleados. (Figuras 1, 2, 3, 4 y 5).

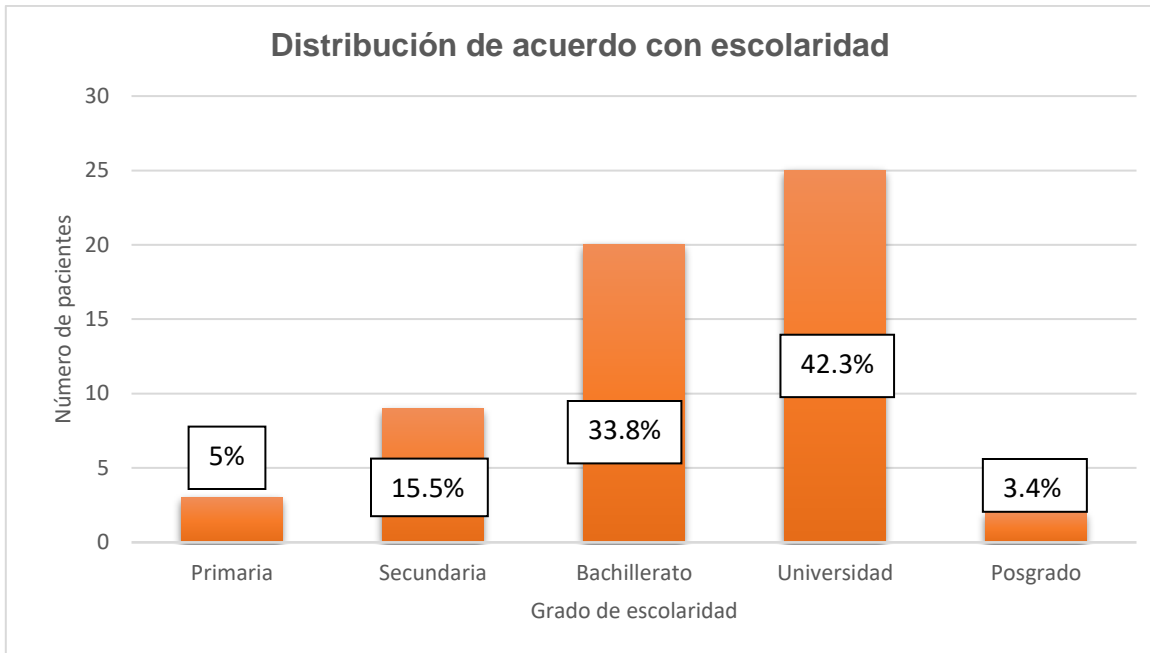




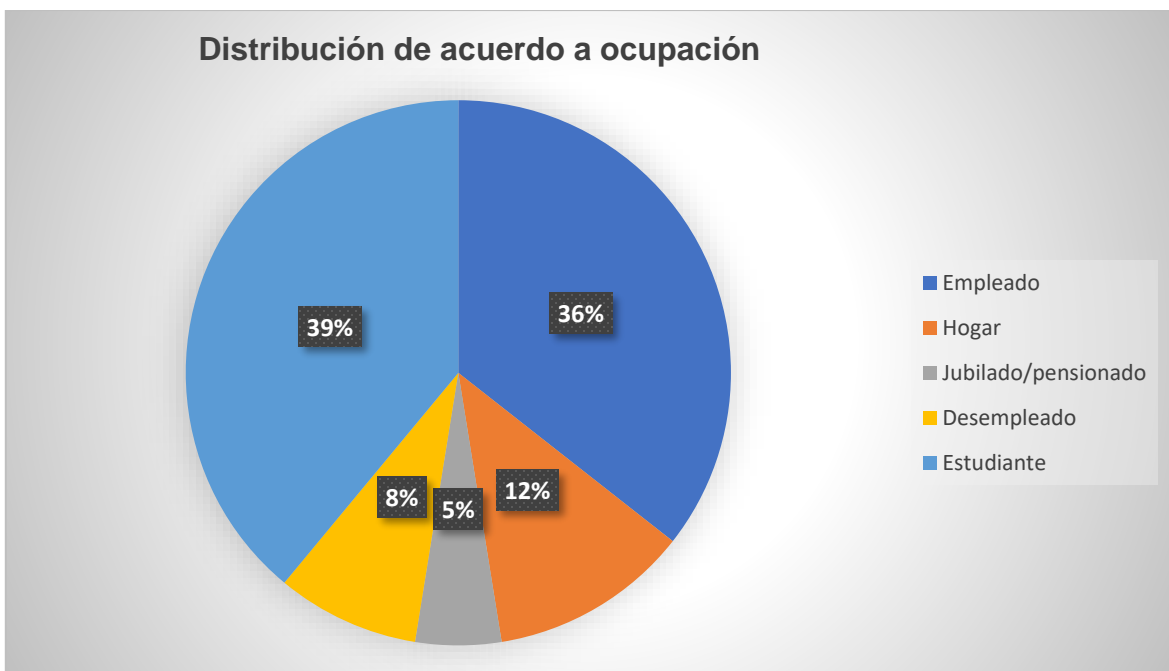
**Figura 2. Distribución de los pacientes en grupos de edades de acuerdo con el número de pacientes y su porcentaje.**



**Figura 3. Distribución de los pacientes de acuerdo con su estado civil en porcentajes.**



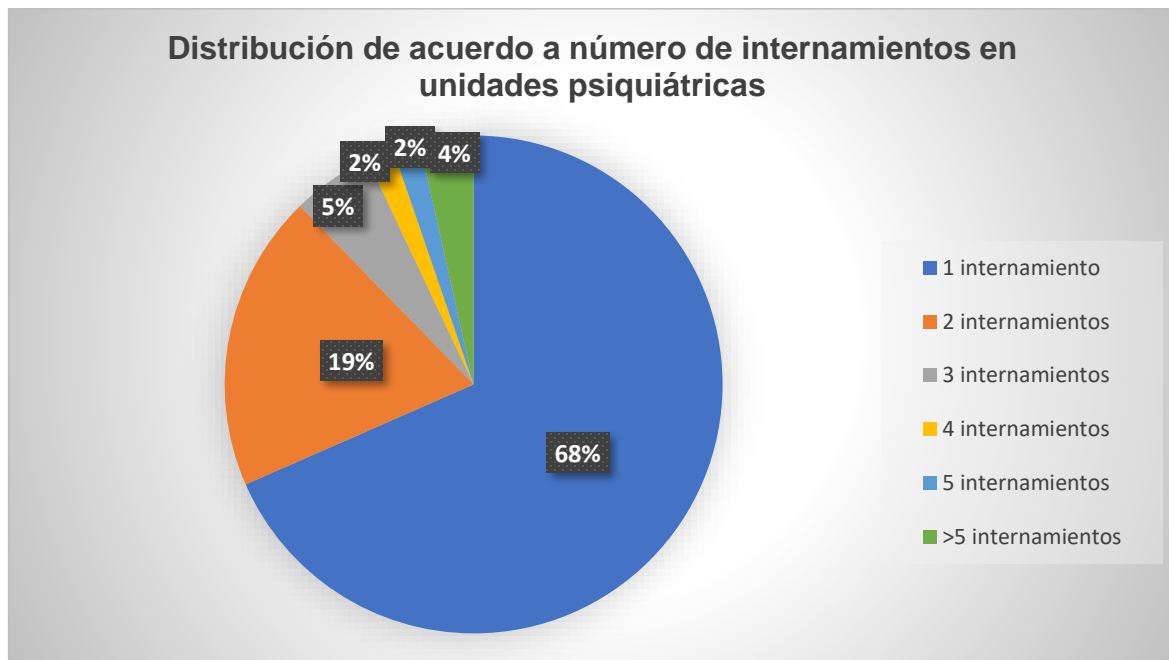
**Figura 4.** Distribución de los pacientes en grados de escolaridad en porcentajes.



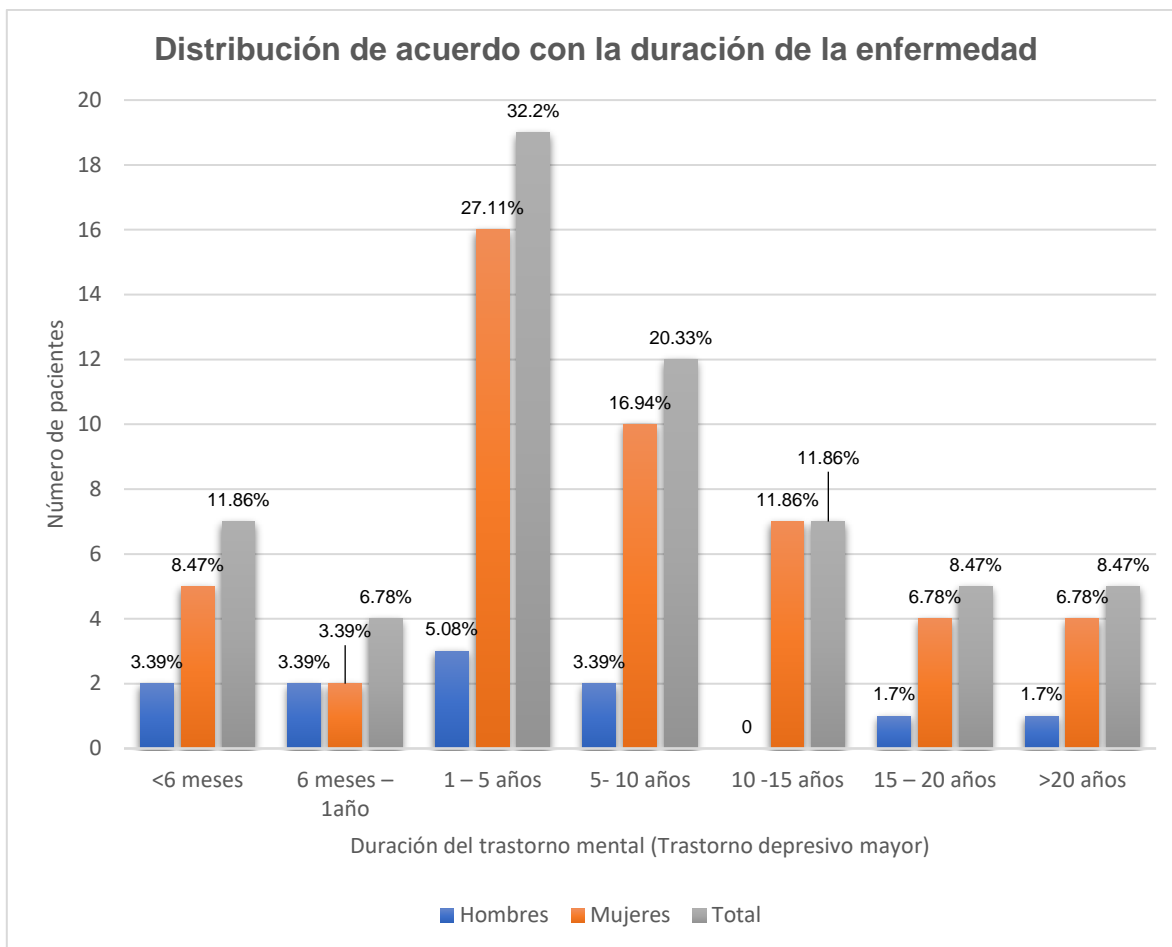
**Figura 5.** Distribución de los pacientes de acuerdo con su ocupación en porcentajes.

### Perfil clínico

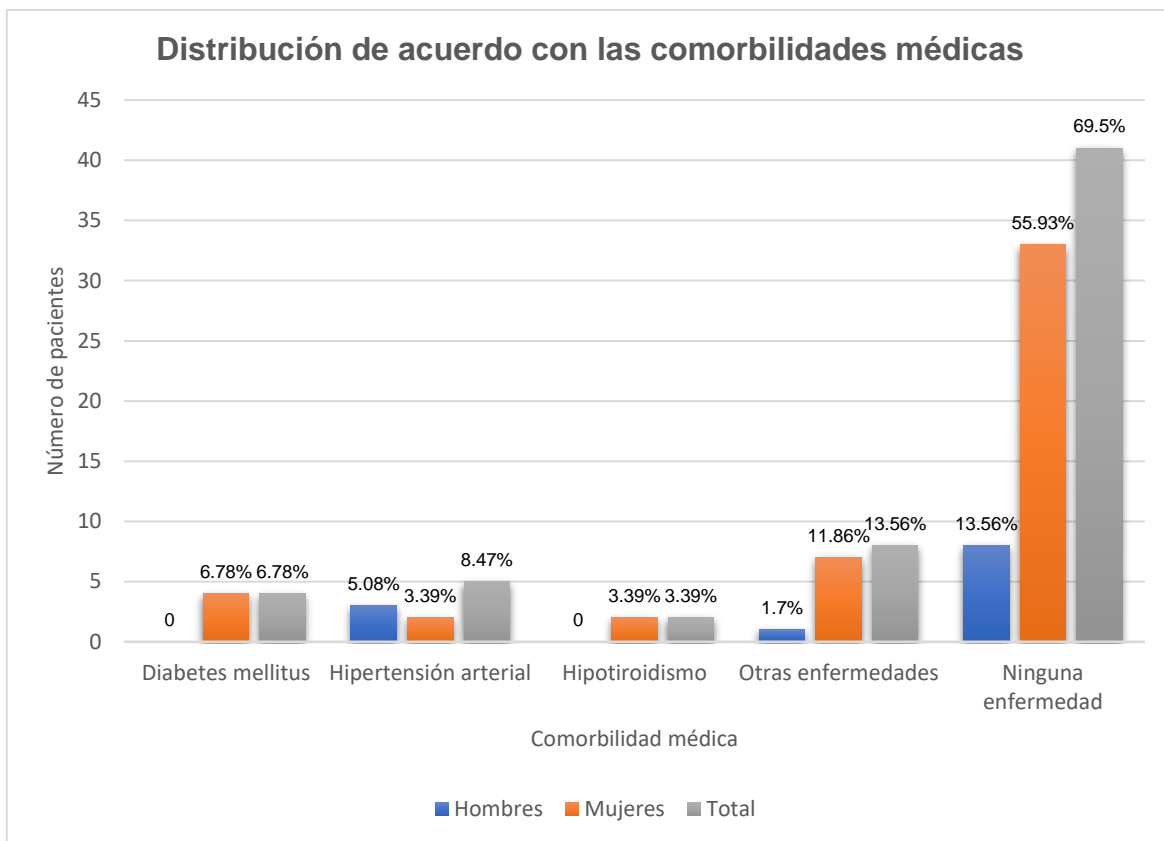
El 30.5% de los pacientes contaban con un diagnóstico médico, 6.8% tuvieron diagnóstico de diabetes mellitus y 5% hipertensión arterial sistemática. La duración promedio del trastorno mental fue de 7 años y la cantidad de internamientos psiquiátricos fue de un promedio de 1.66. (Figuras 6, 7 y 8).



**Figura 6.** Distribución de los pacientes de acuerdo con el número de internamientos en unidades psiquiátricas: se muestra el porcentaje de la muestra total para cada grupo.



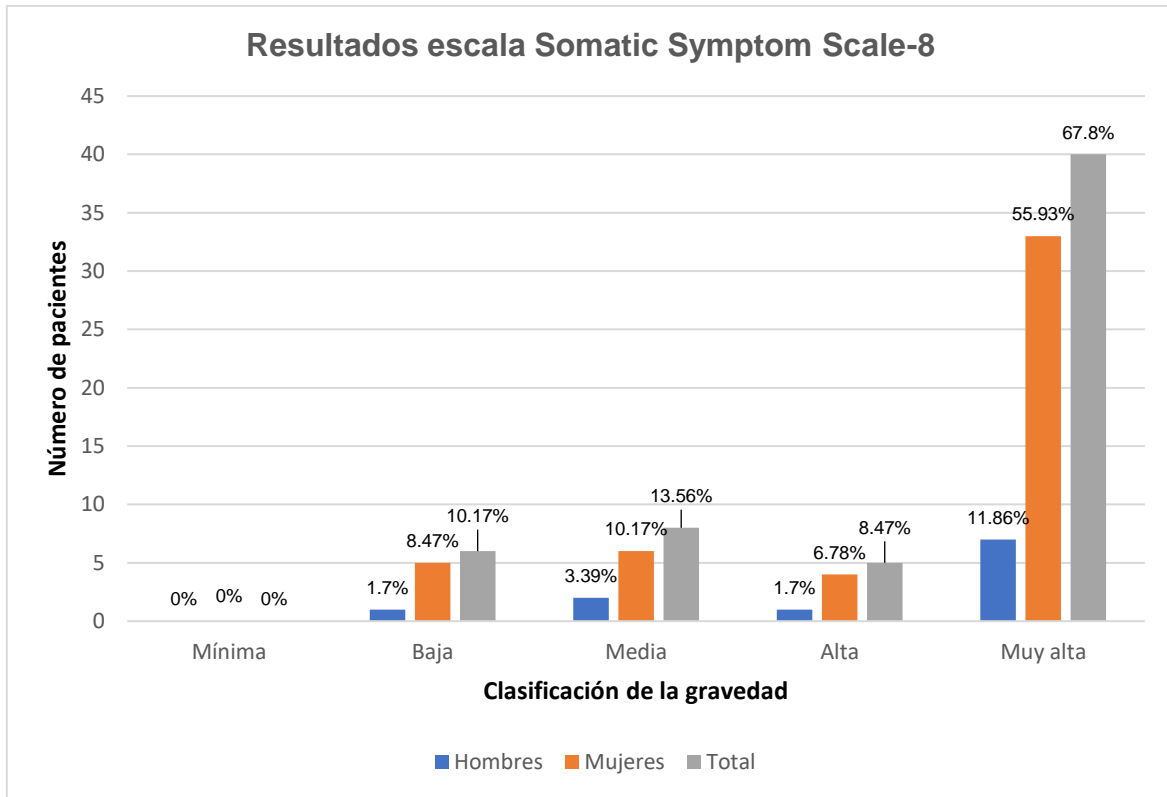
**Figura 7.** Distribución de acuerdo con la duración de la enfermedad: se muestra el número de pacientes en grupos de acuerdo con el género y el total de pacientes.



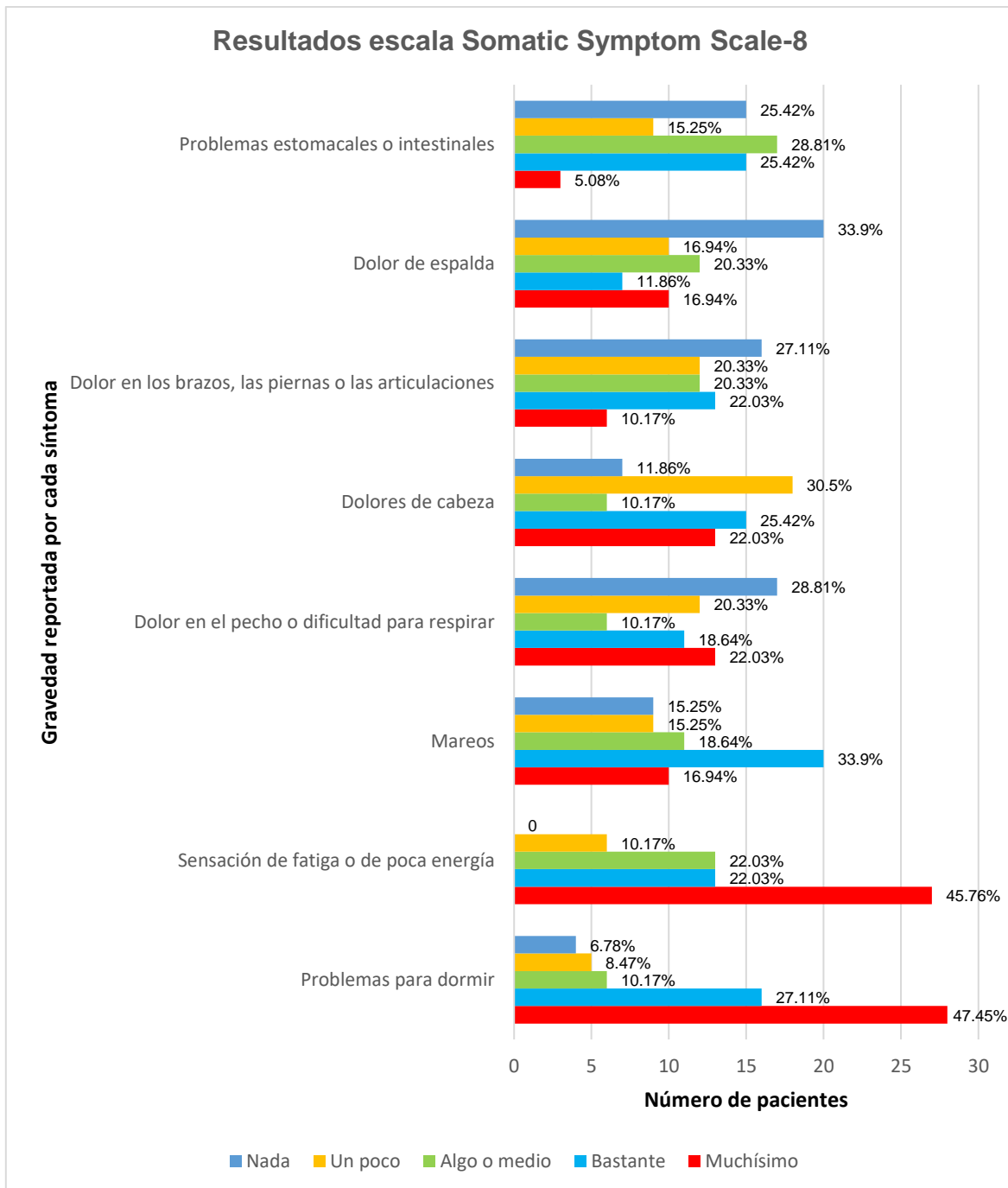
**Figura 8.** Distribución de acuerdo con las comorbilidades médicas: se muestra el número de pacientes en grupos de acuerdo con el género y el total de pacientes.

### *Prevalencia y tipos de sintomatología somática mediante escalas clínicas*

Mediante la escala Somatic Symptom Scale – 8, se obtuvo que el 100% de las mujeres y el 100% de los hombres padecían sintomatología somática; los síntomas que fueron reportados con mayor gravedad son: problemas para dormir, sensación de fatiga o de poca energía, mareos y dolores de cabeza. Los síntomas que se reportaron de menor intensidad fueron: dolor de espalda; dolor en brazos, piernas o articulaciones; y dolor en el pecho o dificultad para respirar. (Figuras 9 y 10).



**Figura 9.** Puntaje de la Escala Somatic Symptom Scale – 8: Distribución de los pacientes de acuerdo con el número y porcentaje de pacientes por gravedad de sus síntomas.



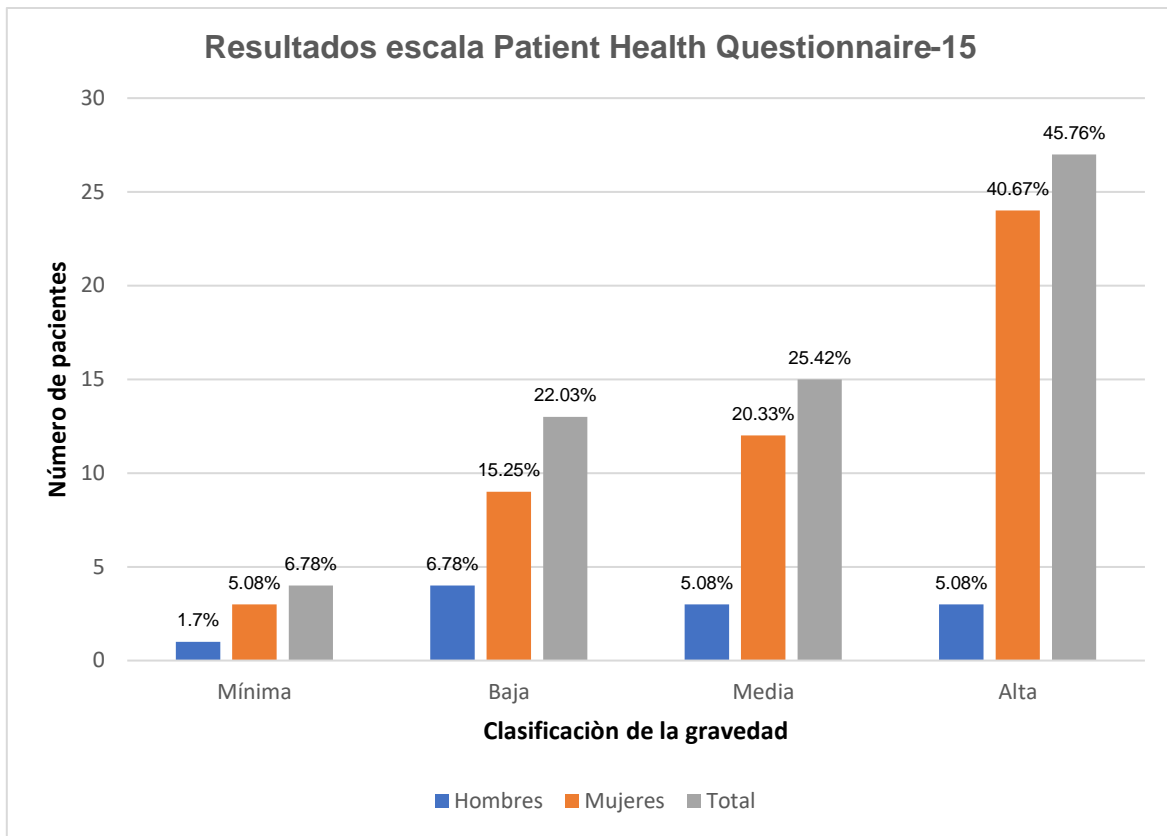
**Figura 10.** Resultados de la Escala Somatic Symptom Scale - 8: Distribución de los pacientes de acuerdo al número de pacientes y porcentajes por gravedad de sus síntomas.

La escala Patient Health Questionnaire – 15 mostró que el 93.8% de las mujeres y el 90.9% de los hombres padecían sintomatología somática durante las últimas 4 semanas. Los síntomas somáticos que generaron preocupación con más frecuencia fueron: sentirse cansado/a o con poca energía 96.6% (57), dificultades para dormir 83% (49), dolores de cabeza 76.3% (45) y palpitaciones y taquicardia 76.3% (45). Los síntomas que generaron preocupación en más del 50% de los pacientes fueron: sensación de falta de aire 71.2% (42), estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea 74.6% (44), náuseas, gases o indigestión 61% (36), dolor en los brazos, piernas o articulaciones 64.4% (38), y dolor en el pecho 55.9% (33).

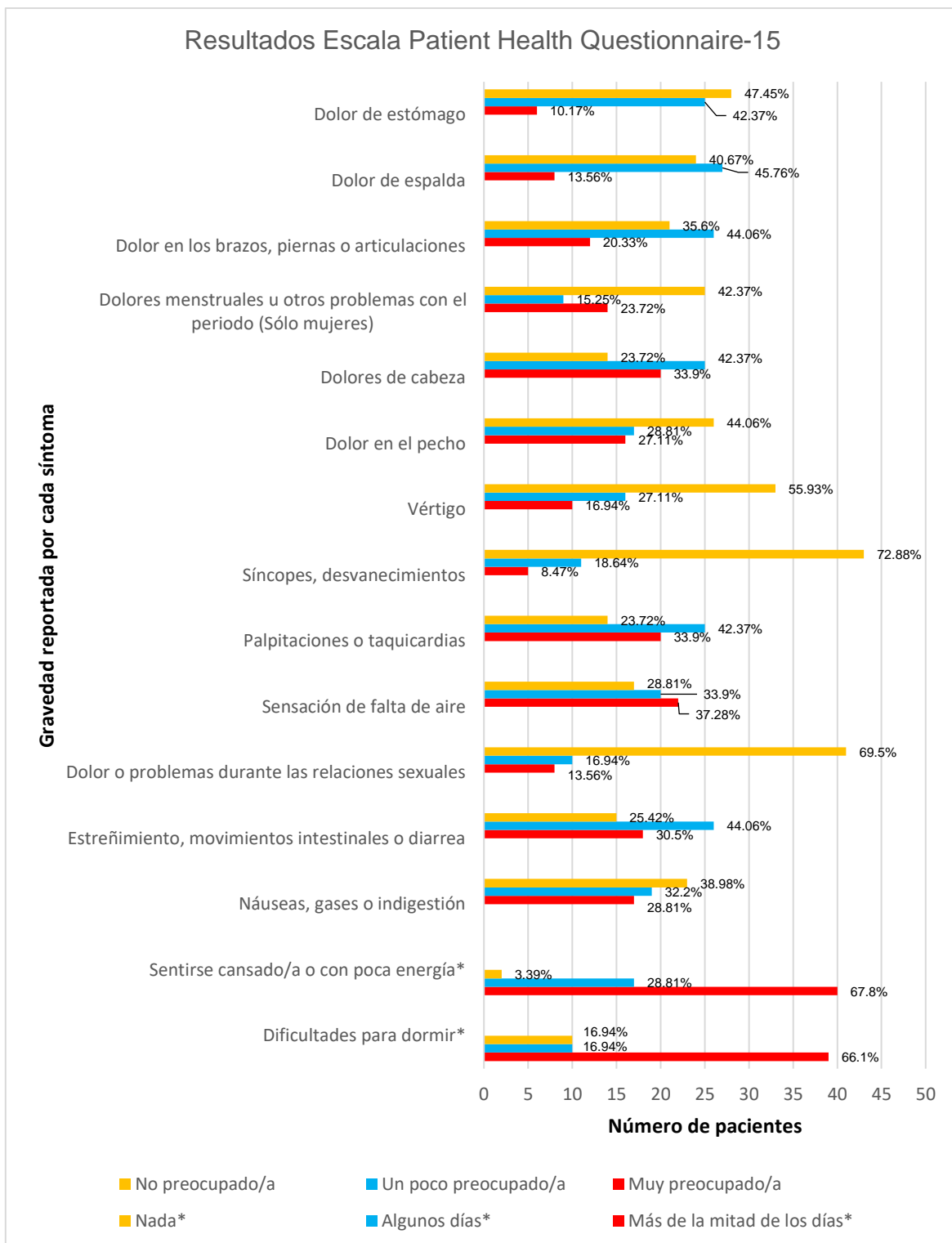
Así mismo, se encontró que los síntomas somáticos reportados con mayor frecuencia en ambas escalas, independientemente de su intensidad, fueron: sensación de fatiga o de poca energía 100% (59), problemas para dormir 93.2% (55), dolores de cabeza 88.1% (52), mareos 84.7% (50) y problemas estomacales o intestinales 74.6% (44). Los síntomas somáticos restantes fueron encontrados en más del 50% de los pacientes, siendo su prevalencia: dolor en los brazos, las piernas o las articulaciones 72.9% (43), dolor en el pecho o dificultad para respirar 71.2% (42), y dolor de espalda 66.1% (39). (Figuras 11 y 12).

En el presente estudio se determinó la presencia de una alta prevalencia de fatiga y problemas para dormir en ambas escalas, los cuales forman parte de los criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo mayor según el DSM-5 y el CIE-10. Sin embargo, también se encontró una alta prevalencia de síntomas que no forman parte de los criterios diagnóstico para Trastorno depresivo mayor, como lo son: cefalea, mareos, palpitaciones y problemas gastrointestinales.





**Figura 11.** Puntaje de la escala Patient Health Questionnaire – 15: Distribución del número y porcentaje de pacientes según su género y de acuerdo con la clasificación de la gravedad de los síntomas.



**Figura 12.** Resultados de la escala Patient Health Questionnaire – 15: Distribución de los pacientes de acuerdo con el número de pacientes y porcentajes por gravedad de sus síntomas.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de síntomas somáticos en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor mediante la escala Somatic Symptom Scale - 8 (SSS-8) y el Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-8); la cual resultó ser positivo en el 100% de los pacientes de acuerdo con la escala SSS-8 y en el 93.2% de los pacientes de acuerdo con la escala PHQ-15. La prevalencia en este estudio resultó ser mayor que la indicada en otros estudios los cuales mencionan una prevalencia del 50% hasta dos tercios de los pacientes con depresión (31). Sin embargo, el estudio coincide con los hallazgos en cuanto a la tipología de los síntomas somáticos hallados en pacientes con depresión, siendo los más comunes: cefalea, fatiga, problemas de sueño y palpitaciones; siendo la excepción los síntomas relacionados con el dolor en diferentes áreas del cuerpo (dolor de espalda, dolor en brazos, dolor en articulaciones, dolor en el pecho y dolor durante las relaciones sexuales, los cuales fueron reportados con menor intensidad en el presente estudio. (31). Esto podría deberse a factores sociales y culturales, y a la existencia en nuestro país de un menor grado de estigmatización hacia los síntomas emocionales, a diferencia de otras regiones del mundo las cuales reportan una mayor prevalencia de síntomas relacionados con el dolor físico en los pacientes con depresión. (32)

Se ha estudiado la prevalencia de síntomas somáticos en diferentes partes del mundo mediante el uso de varias escalas e instrumentos, incluyendo la Patient Health Questionnaire (PHQ-15), la cual puede detectar hasta un 90% de los síntomas somáticos presentes en pacientes que acuden a las unidades de primer

nivel de atención médica. Estos estudios han reportado una prevalencia de pacientes con más de un síntoma somática entre el 66 y el 100%. (33)

En otro estudio, al menos el 93% de los pacientes obtuvieron una puntuación mayor a 5 en la escala PHQ-15, y los síntomas somáticos más prevalentes fueron: sentirse cansado o con poca energía (93%), problemas para dormir (80%), cefalea (68%), náusea, gases o indigestión (68%) y dolor en brazos, piernas o articulaciones (66%). (33). Estos resultados coinciden con los hallazgos del presente estudio en donde un 93.2% de los pacientes obtuvieron una puntuación mayor a 5 en la escala PHQ-15, y la prevalencia de los síntomas previamente mencionados fue: sentirse cansado o con poca energía (94.9%), problemas de dormir (83%), cefalea (55.9%), náusea, gases o indigestión (61%) y dolor en brazos, piernas o articulaciones (64.4%).

En el presente estudio, se encontró que todos los pacientes presentaron al menos tres síntomas somáticos y el promedio de síntomas somáticos por cada paciente fue de 9. Esta información coincide con los hallazgos de otro estudio en el cual se encontró que todos los pacientes presentaron al menos un síntoma somático y el promedio de síntomas por cada paciente fue de 8. Otros estudios han reportado prevalencias de más de un síntoma somático en 72 al 100% de los pacientes tratados en centros psiquiátricos. (34)

Con respecto a síntomas dolorosos, se encontró que la prevalencia de al menos un síntoma doloroso fue del 76% de los pacientes; lo cual coincide con la alta prevalencia de síntomas somáticos que han sido reportada por otros estudios (35), los cuales han encontrado una prevalencia de hasta el 75% de al menos un síntoma doloroso de intensidad moderada a alta en pacientes con Trastorno depresivo

mayor. Así mismo, en el presente estudio, la mayoría de los pacientes reportaron la presencia de más de un síntoma doloroso; lo cual ha sido reportado por otros estudios como un indicador de mayor severidad del Trastorno depresivo mayor a medida que aumenta el número de síntomas dolorosos. (35) La información recolectada sugiere una alta prevalencia de síntomas dolorosos en pacientes con Trastorno depresivo mayor.

Es limitado el número de estudios que han evaluado la presencia de síntomas somáticos en pacientes con Trastorno depresivo mayor mediante las escalas SSS-8 y PHQ-15, lo cual dificulta la comparación de resultados con el de otros estudios. Sin embargo, las prevalencias encontradas en este estudio son similares a las de estudios que han utilizado diferentes escalas para determinar la presencia de síntomas somáticos en pacientes con Trastorno depresivo mayor en lo que respecta a la cantidad y el tipo de síntomas somáticos.

Aunque la mayoría de los síntomas somáticos no son síntomas cardinales para el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor, se ha observado que son síntomas frecuentes, y que existe un incremento en el número y la severidad de los síntomas somáticos. En el presente estudio se pudo constatar la presencia de al menos un síntoma somático de tipo doloroso, genitourinario o gastrointestinal en al menos 91.5%, 57.6% y 88.1% respectivamente según los resultados obtenidos a partir de la escala PHQ-15.

Muchos síntomas somáticos no están incluidos en los criterios de diagnóstico de varios sistemas de clasificación para el Trastorno depresivo mayor; aunque incluyen algunos síntomas somáticos como fatiga e insomnio dentro de sus criterios. Otros

síntomas como los autonómicos, gastrointestinales y de dolor somático no son incluidos dentro de los criterios; por lo que, debido a la alta prevalencia de estos síntomas en los pacientes con depresión, una nueva revisión de los criterios debería incluir a los síntomas somáticos como parte de los criterios de diagnóstico para el Trastorno depresivo mayor. De esta forma, los síntomas somáticos podrán ser evaluados en los pacientes con depresión y sus quejas somáticas serán tomadas en cuenta durante la evaluación del problema y la elección del tratamiento.

El presente estudio presentó varias limitaciones: se trata de un estudio transversal en el cual la información fue obtenida en una sola ocasión; debido a esto, no es posible determinar una relación causal directa entre los síntomas somáticos y la presencia de Trastorno depresivo mayor en pacientes hospitalizados. Se requieren más estudios de seguimiento a largo plazo para identificar las relaciones temporales. Así mismo, los resultados estuvieron basados en escalas reportadas por los pacientes, su presencia no fue determinada por reportes médicos; por lo que se requeriría utilizar otros métodos de recolección de información que incluya escalas realizadas por el observador o entrevistas clínicas. Aunque se ha encontrado evidencia de que los síntomas reportados por los pacientes tienen una adecuada congruencia con los reportes médicos. Una de las limitaciones fue el mayor número de participantes del género femenino; en investigaciones futuras se debería incluir un mayor número de participantes del género masculino para mejorar la validez de los hallazgos obtenidos. Se podrían incluir otras variables como las estrategias de afrontamiento y el soporte social, con el objetivo de medir como estas variables pueden mediar la relación entre los síntomas somáticos y el Trastorno

depresivo mayor. También es importante señalar que algunos síntomas somáticos medidos en este estudio también son efectos secundarios que se pueden atribuir al tratamiento con psicofármacos. En último lugar, los resultados fueron obtenidos únicamente en pacientes hospitalizados; por lo que la prevalencia de síntomas somáticos podría variar a comparación de muestras recabadas en pacientes que son tratados de forma ambulatoria.

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio encontraron que el 100% de la muestra de pacientes presentó síntomas somáticos de acuerdo con la escala SSS-8 y el 93.2% de los pacientes de acuerdo con la escala PHQ-15 reportaron la presencia de algún síntoma somático.

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de síntomas somáticos en pacientes bajo tratamiento intrahospitalario. Se confirmó una alta prevalencia de síntomas somáticos en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, mediante el empleo de escalas estandarizadas; lo cual coincide con los hallazgos reportados en distintas partes del mundo. Estos hallazgos resaltan la relación estrecha entre la presencia de síntomas somáticos y el Trastorno depresivo mayor, lo cual es de vital importancia durante la evaluación clínica y la selección de estrategias de tratamiento en los pacientes bajo tratamiento intrahospitalario. Se alienta a los profesionales de la salud mental a identificar y evaluar la presencia de síntomas somáticos, puesto que su tratamiento contribuye a una favorable evolución clínica de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan, Harold I., Sadock, Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Woltez Kluwer, España 763-793 (2015).
2. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138 (2013).
3. Xiaohui Wu, Yuncheng Zhu, Zhiguo Wu, Jia Huang, Lan Cao, Yun Wang, Yousong Su, Hongmei Liu, Maosheng Fang, Zhijian Yao, Zuwei Wang, Fan Wang, Yong Wang, Daihui Peng, Jun Chen, Yiru Fang. Identifying the Subtypes of Major Depressive Disorder Based on Somatic Symptoms: A Longitudinal Study Using Latent Profile Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. Volume 13 (2022).
4. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789–1858 (2018).
5. Kapfhammer, H. P. Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 227–239 (2006).
6. Sharma, M. P., & Manjula, M. Behavioral and psychological management of somatic symptom disorders: An overview. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 116–124 (2013).
7. Boadie W. Dunlop, Sarah Still, Devon LoParo, Vivianne Aponte-Rivera, Benjamin N. Johnson, Rebecca L. Schneider, Charles B. Nemeroff, Helen S. Mayberg, W. Edward Craighead. Somatic symptoms in treatment-naïve Hispanic and non-Hispanic patients with major depression. *Depress Anxiety*. 1–10 (2019).
8. Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341, 1329–1335 (1999).
9. Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903–910 (2005).



10. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, de Boer MK, Schoevers RA. The impact of somatic symptoms on the course of major depressive disorder. *J Affect Disord.* 205:112–8 (2016).
11. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord.* 50:97–108 (1998).
12. Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., Ormel, J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N. Engl. J. Med.* 341, 1329–1335 (1999).
13. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *NEngl JMed.* 341:1329–35 (1999).
14. Yaling Jian, Shoumei Jia, Zhongying Shi, Ying Zhao, Ping Li, Li Chen, Yang Li. Characteristics of somatic symptoms among Chinese patients diagnosed with major depressive episode. *Archives of Psychiatric Nursing* 35 27–33 (2021).
15. Lee, P., Zhang, M., Hong, J. P., Chua, H. C., Chen, K. P., Tang, S. W., Dossenbach, M. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in Asia: Relationship with disease severity and quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 83–91 (2009).
16. Zhang, J., Zheng, J. M., Liu, L. Y., & Zhang, P. Somatic symptoms in patients with depressive disorder: An analysis of 736 cases. *Chinese Journal of General Practitioners*, 9(6), 426–427 (2010).
17. Jaracz, J., Gattner, K., Jaracz, K., & Gorna, K. Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: Prevalence, pathophysiology, and management. *CNS Drugs*, 30(4), 293–304 (2016).
18. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety.* 24:185–95 (2007).
19. Xiaohui Wu, Yuncheng Zhu, Zhiguo Wu, Jia Huang, Lan Cao, Yun Wang, Yousong Su, Hongmei Liu, Maosheng Fang, Zhijian Yao, Zuwei Wang, Fan Wang, Yong Wang, Daihui Peng, Jun Chen. Yiru Fang. Identifying the Subtypes

- of Major Depressive Disorder Based on Somatic Symptoms: A Longitudinal Study Using Latent Profile Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. Volume 13. (2022).
20. Sarah Abu-Kaf, Golan Shahar. Depression and Somatic Symptoms Among Two Ethnic Groups in Israel: Testing Three Theoretical Models. *Isr J Psychiatry - Vol. 54 - No 2* (2017).
  21. Majd M, Saunders EFH, Engeland CG. Inflammation and the dimensions of depression: a review. *Front Neuroendocrinol* (2020).
  22. Ya-Mei Bai, Wen-Fei Chiou, Tung-Ping Su, Cheng-Ta Li, Mu-Hong Chen. Pro-inflammatory cytokine associated with somatic and pain symptoms in depression. *Journal of Affective Disorders* 155 28–34 (2014).
  23. Manfro PH, Anselmi L, Barros F, Gonçalves H, Murray J, Oliveira IO, et al. Youth depression and inflammation: cross-sectional network analyses of C-Reactive protein, interleukin-6, and symptoms in a population-based sample. *J Psychiatry Res.* 150:197–201 (2022).
  24. Gialluisi A, Di Castelnuovo A, Bracone F, De Curtis A, Cerletti C, Donati MB, et al. Associations between systemic inflammation and somatic depressive symptoms: findings from the Moli-sani study. *Depress Anxiety.* (2020). 37:935–43.
  25. Depression and somatic symptoms in Japanese and American college students: Negative mood regulation expectancies as a personality correlate. Toshitaka Hamamura, Jack Mearns. *International Journal of Psychology*, (2017).
  26. Roger S. McIntyre, Jakub Z. Konarskic, Deborah A. Mancini, Mateusz Zurowski, Peter Giacobbe, Joanna K. Soczynska, Sidney H. Kennedy. Improving outcomes in depression: A focus on somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 60 279– 282 (2006).
  27. Novick D, Montgomery WS, Aguado J, Peng X, Brugnoli R, Haro JM. Which somatic symptoms are associated with an unfavorable course in Chinese patients with major depressive disorder? *Asia Pacific Psychiatry.* 7:427–35. (2015).

28. Benjamin Gierk, Sebastian Kohlmann, Kurt Kroenke, et al. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8) A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Intern Med.* 174(3):399-407 (2014).
29. Rüya-Daniela Kocalevent, Andreas Hinz, Elmar Brähler. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry.* 13: 91 (2013).
30. Rüya-Daniela Kocalevent, Andreas Hinz, Elmar Brähler. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry.* 13: 91 (2013).
31. Kaustav Chakraborty, Ajit Avasthi, Suresh Kumar and Sandeep Grover. Psychological and clinical correlates of functional somatic complaints in depression. *International Journal of Social Psychiatry* 58(1) 87–95 (2010).
32. Anthony L. Vaccarino, PHD, Terrence L. Sills, PHD, Kenneth R. Evans, PHD, and Amir H. Kalali, MD. Multiple Pain Complaints in Patients with Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine* 71:159–162 (2009).
33. S Grover, V Kumar, S Chakrabarti, P Hollikatti, P Singh, S Tyagi, P Kulhara, A Avasthi. Prevalence and Type of Functional Somatic Complaints in Patients with First-episode Depression. *East Asian Arch Psychiatry* 22:146-53 (2012).
34. Kemal Sayar, M.D., Laurence J. Kirmayer, M.D., Suzanne S. Taillefer, M.Sc. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry* 25 108–114 (2003).
35. Anthony L. Vaccarino, PHD, Terrence L. Sills, PHD, Kenneth R. Evans, PHD, and Amir H. Kalali, MD. Multiple Pain Complaints in Patients with Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine* 71:159–162 (2009).

## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b> <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>(ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Nombre del estudio:</b>	Prevalencia de síntomas somáticos en pacientes con depresión ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	NO APLICA
<b>Lugar y fecha:</b>	Ciudad de México, a ____ de _____ de 2023
<b>Número de registro:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Los pacientes deprimidos experimentan con mayor frecuencia síntomas en el cuerpo y se asocian con mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento. El objetivo del presente estudio es estudiar la frecuencia de los síntomas físicos en la depresión.
<b>Procedimientos:</b>	Se le brindará la escala Somatic Symptom Scale 8 y la escala Patient Health Questionnaire 15, le llevará 10 a 20 minutos contestar cada cuestionario y lo realizará de forma personal.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	El riesgo es mínimo solo se requiere que conteste dos escalas. Algunas preguntas podrían ocasionarle incomodidad.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Al participar en el estudio usted conocerá más características de su depresión. En caso de ser necesario se le ofrecerá ajustar el tratamiento para control de los síntomas físicos en colaboración con su médico tratante.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	No se entregarán resultados de forma verbal o escrita, pero se le ofrecerá ajuste al tratamiento en caso de presentar síntomas físicos asociados a la depresión.
<b>Participación o retiro:</b>	Usted conserva el derecho a decidir participar o retirarse del estudio al momento que lo desee, lo cual no tendrá ninguna repercusión en su atención médica.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	Todos los datos obtenidos serán resguardados con la más estricta privacidad, debido a que a cada paciente se le asignará un código individual. De esta forma, usted puede estar seguro(a) de que su información personal no aparecerá en el reporte final. Sus datos serán manejados de forma confidencial y sólo para fines del estudio presente.
<b>En caso de colección de material biológico (si aplica):</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>No autoriza que se tome la muestra.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</b>
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	El estudio nos ayudará a mejorar el conocimiento sobre la frecuencia en la que aparecen los síntomas físicos en la depresión. Así mismo se podrá ofrecer tratamiento a los síntomas físicos relacionados con la depresión y de esta forma mejorar la calidad de vida de los pacientes.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
<b>Investigador Responsable:</b>	Dr. Dante Ignacio Legaria Aguilera. Posición institucional: Médico residente de tercer año de Psiquiatría. Correo electrónico: <a href="mailto:dantelegaria@gmail.com">dantelegaria@gmail.com</a> . Teléfono: 55-2516-5706. Ubicación: Av. San Fernando 201. Colonia Toriello Guerra, Tlalpan, C.P. 14070 Ciudad de México, CDMX.
<b>Colaboradores:</b>	Dra. Marcela Torres Hernández. Posición institucional: Médico adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta". Correo electrónico: <a href="mailto:marcela.torresh@imss.gob.mx">marcela.torresh@imss.gob.mx</a> . Teléfono: 5556068323 ext. 21333. Ubicación: Av. San Fernando 201. Colonia Toriello Guerra, Tlalpan, C.P. 14070 Ciudad de México, CDMX.
<b>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></b>	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

**ANEXO 2. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIÉRREZ”  
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA”**

**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
DE DEPRESIÓN INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR.  
HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA”**

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Unión libre
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado
Religión	
Ocupación	
Diagnósticos psiquiátricos	
Duración de la enfermedad	
Comorbilidad médica	
Cantidad de internamientos psiquiátricos	
Resultado de la escala SSS-8	
Resultado de la escala PHQ-15	

### ANEXO 3. ESCALA SOMATIC SYMPTOM SCALE (SSS-8)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Durante los últimos 7 días, ¿en qué grado le han molestado o preocupado cualquiera de los siguientes problemas?					
	Nada	Un poco	Algo o medio	Bastante	Muchísimo
1. Problemas estomacales o intestinales	0	1	2	3	4
2. Dolor de espalda	0	1	2	3	4
3. Dolor en los brazos, las piernas o las articulaciones	0	1	2	3	4
4. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
5. Dolor en el pecho o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
6. Mareos	0	1	2	3	4
7. Sensación de fatiga o de poca energía	0	1	2	3	4
8. Problemas para dormir	0	1	2	3	4
Total					

## ANEXO 4. ESCALA PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-15)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Durante las últimas 4 semanas cuánto le han preocupado los siguientes problemas?			
A: No preocupado/a	B: Un poco preocupado/a	C: Muy preocupado/a	
	A	B	C
1. Dolor de estómago			
2. Dolor de espalda			
3. Dolor en los brazos, piernas o articulaciones			
4. Dolores menstruales u otros problemas con el periodo (Sólo mujeres)			
5. Dolores de cabeza			
6. Dolor en el pecho			
7. Vértigo			
8. Síncopes, desvanecimientos			
9. Palpitaciones o taquicardias			
10. Sensación de falta de aire			
11. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales			
12. Estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea			
13. Náuseas, gases o indigestión			
¿En las dos últimas semanas con qué frecuencia se ha sentido preocupado por:?			
A: Nada	B: Algunos días	C: Más de la mitad de los días	
14. Sentirse cansado/a o con poca energía			
15. Dificultades para dormir			
Total			