



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida

Dolores Saiz Gonzalez^{a,*}, Mercedes Rodríguez^b, Carmen García^c, Rita Prieto^c
y Jerónimo Saiz-Ruiz^b

^aServicio de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos, Cibersam, Madrid, España

^bServicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Cibersam, Madrid, España

^cDepartamento Médico, Wyeth, Madrid, España

Recibido el 4 de marzo de 2009; aceptado el 14 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Depresión mayor;
Sexo;
Somatizaciones

Resumen

Introducción: Existen pocos hallazgos tan estudiados y comprobados en la literatura como la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres. Sin embargo, todavía son muchas las dudas acerca de las características propias y diferenciales de la depresión en la mujer. Se sabe que hay mayor frecuencia de síntomas somáticos en este grupo, pero parece subestimado el impacto que estos síntomas tienen en la calidad de vida de las pacientes. Estos aspectos se han estudiado en una muestra de enfermos depresivos.

Material y métodos: Se trata de un estudio epidemiológico de corte transversal no intervencionista. La muestra final es representativa y consta de 1.164 pacientes (629 mujeres y 535 varones) con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (DSM-IV) reclutados en centros de salud mental de España. Se aplican las escalas de Hamilton (HAM-D17), de calidad de vida para la depresión (QLDS) y PHQ-15 para síntomas somáticos. Se analizan las diferencias mediante la prueba de la χ^2 y ANOVA o test de la t de Student según el caso.

Resultados y conclusiones: Hay diferencias significativas en los síntomas somáticos de la depresión entre varones y mujeres, más frecuentes en ellas. Se observa una correlación positiva entre estos síntomas y un empeoramiento de la calidad de vida. En cuanto a las diferencias clínicas medidas con la escala de Hamilton, sólo ciertos ítems son significativos, sin que se pueda extraer conclusiones. Estos datos indican diferencias en la depresión según el sexo que se debe replicar y estudiar en otras muestras. Sería interesante asimismo estudiar otros aspectos clínicos o factores de riesgo relacionados.

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolasaiz@yahoo.es (D. Saiz González).

KEYWORDS

Major depression;
Gender;
Somatizations

Gender differences in major depressive disorder: somatic symptoms and quality of life**Abstract**

Introduction: Few findings in the literature have been as widely studied and consistently verified as the higher prevalence of depression among women. However, doubts remain on the distinguishing features of female depression. The available studies concur in the higher prevalence of somatizations among women and in the possibility that the impact of these symptoms on quality of life could be underestimated. In this study, all these aspects were analyzed in a sample of depressive patients.

Material and methods: We performed an epidemiologic, cross-sectional, non-intervention study. The final sample of 1164 patients with major depressive disorder (DSM-VI) (629 women and 535 men) was recruited in outpatient Mental Health Services in Spain. Assessments were performed using the Hamilton (HAM-D17), the Quality of Life for Depression Scale (QLDS) and the Patient Health Questionnaire 15-Item Somatic Symptom Severity Scale (PHQ-15) to measure somatic symptoms. Differences were analyzed by Chi-square and ANOVA or Student's t-test, depending on the variable.

Results and conclusions: Somatic symptoms were significantly more prevalent among women. A positive correlation was found between somatic symptoms and worse quality of life. Clinical variables measured by the Hamilton scale showed significant differences in some items but no strong conclusions could be drawn. These results suggest gender differences in depression, which should be replicated in other samples. Other risk or clinical factors could also be included.

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría and Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Uno de los hallazgos más sólidos en investigación acerca de la epidemiología de los trastornos afectivos es la mayor prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos en mujeres que en varones, en una proporción de aproximadamente 2:1^{1,2}. Entre las causas de estas diferencias se señalan factores fundamentalmente hormonales, pero también genéticos, sociales o psicológicos. Las diferencias en la prevalencia de la depresión entre varones y mujeres comienzan en la adolescencia, se mantienen toda la vida y se relacionan con los cambios hormonales propios de cada etapa en la mujer. Así, entidades clínicas como la depresión posparto son el ejemplo más claro de la influencia de estas alteraciones hormonales. Sin embargo, además de la depresión biológicamente asociada a fases hormonales concretas de la mujer como el posparto o la menopausia, poco se sabe de las características propias de la depresión femenina, excepto su prevalencia y su impacto psicosocial. El actual rol adoptado por la mujer —con un enorme estrés social, familiar y laboral— también se estudia como factor de riesgo de clínica depresiva. Los estudios disponibles acerca de las diferencias clínicas apuntan hacia una mayor prevalencia de síntomas somáticos y ansiedad^{3,4} o síntomas atípicos⁵⁻⁷.

Los síntomas somáticos aparecen como motivo de consulta en un 20% de los pacientes que acuden a la atención primaria. Suponen también una fuente importante de consultas y consumo de recursos de salud, y muchas veces “enmascaran” la depresión. Clásicamente se ha atribuido a la depresión en la mujer una mayor prevalencia de síntomas somáticos. Así, Silverstein⁵ llegaba a afirmar que la depresión “pura” sería igual de prevalente en varones y mujeres,

y es sólo la “depresión somática” lo que es más frecuente en ellas. Varios estudios realizados por diferentes autores confirman una mayor prevalencia de somatizaciones en mujeres deprimidas respecto a varones con depresión^{6,7}. El impacto que estos síntomas somáticos tienen en la calidad de vida de los pacientes no ha sido estudiado suficientemente.

Se ha intentado explicar la relación entre ansiedad y depresión con síntomas físicos mediante distintas hipótesis, en las que destaca la ansiedad como reacción a síntomas físicos, el aumento del *arousal* y especial atención a pequeños síntomas físicos en pacientes ansiosos, un factor común a síntomas físicos y ansiedad, aspectos fisiológicos o aspectos de la personalidad. Otros factores psicológicos propios del rol de la mujer, como la alta expresividad emocional o la amplificación de sensaciones, y factores sociales y de estrés también se han asociado a los rasgos diferenciales de la depresión según el sexo.

En este estudio se recoge una muestra numerosa de sujetos diagnosticados de episodio depresivo mayor. Se aplica la hipótesis de que existen diferencias clínicas en depresión entre varones y mujeres (según la escala de Hamilton), con especial atención a los síntomas somáticos (según la escala PHQ-15). En segundo lugar se pretende estudiar el impacto de dicha clínica somática en la calidad de vida de los pacientes (mediante la escala QLDS).

Métodos

Se trata de un estudio epidemiológico, de corte transversal, no intervencionista. En la muestra inicial se reclutó a

1.242 pacientes en 456 centros ambulatorios españoles, que tras aplicar los factores de inclusión y exclusión resultaron en una muestra total de 1.164 pacientes (el 54% de mujeres; $n = 629$). Los pacientes fueron reclutados en centros de salud mental de toda España, de forma voluntaria por sus psiquiatras de referencia. El periodo de inclusión fue el año 2006. Los criterios de inclusión fueron: tener un diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y tener una puntuación > 17 en la escala de Hamilton de depresión [HAM-D17]⁸⁻¹⁰. Los criterios de exclusión incluyen enfermedad médica concomitante que curse con dolor o los siguientes trastornos psiquiátricos concomitantes: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno de dependencia de sustancias o alcohol, trastornos somatomorfos, delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. El proyecto se realizó conforme a la Declaración de Helsinki y el protocolo fue aprobado por el comité ético competente. Todos los pacientes firmaron su consentimiento informado.

Se utilizaron las siguientes escalas: HAM-D17⁸⁻¹⁰, QLDS^{11,12} y PHQ-15¹³. La QLDS es una escala autoaplicable con 34 ítems dicotómicos (sí/no, o verdadero/falso), que puntúan 0 o 1 y miden la calidad de vida en pacientes con depresión. La puntuación total en la escala varía entre 0 y 34, y las puntuaciones más altas indican menor calidad de vida^{11,12}. La escala PHQ-15 comprende 15 síntomas somáticos del Patient Health Questionnaire (PHQ), una versión autoaplicable del instrumento diagnóstico PRIME-MD¹⁴ para la criba de trastornos mentales comunes. Cada uno de los 15 síntomas somáticos del PHQ-15 se puntúa entre 0 ("no preocupado") y 2 ("muy preocupado")¹³.

En cuanto al análisis estadístico, las diferencias entre grupos para variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de la χ^2 (o la prueba exacta de Fisher en caso necesario). Las comparaciones de variables continuas se realizaron mediante el test de la t de Student en caso de que éstas se distribuyeran normalmente o mediante el de la U de Mann-Whitney si no se cumplían los supuestos paramétricos. Las comparaciones de variables continuas entre más de dos grupos se midieron mediante ANOVA. En caso de que hubiera diferencias entre los distintos grupos, se aplicaron análisis *post-hoc* para determinar cuál de las subpoblaciones marca la diferencia. Las correlaciones entre las puntuaciones totales de las escalas se analizaron mediante correlación de Pearson.

Asimismo se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad necesarios para poder utilizar las pruebas paramétricas.

El umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Se empleó el paquete estadístico SPSS v13.0.

Para la determinación del tamaño muestral se estimó que al menos el 50% de los pacientes deprimidos presentan síntomas somáticos, con un cociente de al menos 1,5 en la relación mujeres/varones. Con base en esta estimación y al objeto de poder detectar el riesgo relativo con $\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,99$, utilizando un contraste bilateral, se requiere una muestra total de 1.368 pacientes depresivos, de los que 684 serán mujeres y 684 varones, estimando hasta un 30% de pérdidas.

Resultados

Análisis de la muestra: datos sociodemográficos y clínicos

La muestra estaba formada por 629 mujeres y 535 varones, con una media de edad de 47,28 y 47,98 años, respectivamente. El estado civil más frecuente era el matrimonio o vida en pareja (más frecuente en mujeres [68%] que en varones [62,1%]). La depresión en la muestra es más frecuente en el grupo de estado civil casada, seguido de soltera, divorciada y viuda, mientras que en el varón es casado, soltero, separado y viudo. La situación laboral es en las mujeres y los varones más frecuentemente activo, seguido de ama de casa o inactiva en mujeres y pensionista o inactivo en varones. Los factores tratamiento médico y acontecimientos vitales en el último mes resultaron más significativos en la muestra de mujeres.

Se recogieron datos básicos referentes a la salud física que incluían una exploración clínica básica habitual y la existencia de alguna enfermedad física, sin especificar tipos. Este ítem llamado estado de salud se encontraba alterado en aproximadamente el 13% de cada una de las muestras de varones y mujeres. De ellos, la exploración física general habitual lo estaba en alrededor del 25%. En cuanto a la salud mental de la muestra, según los criterios de inclusión, todos los pacientes estaban diagnosticados de depresión mayor según los criterios DSM-IV. Respecto a los diagnósticos psiquiátricos previos (antecedentes de la muestra que constaban en la historia clínica), los más frecuentes fueron en ambos sexos trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo y trastornos de la personalidad. Entre los varones, el 53,7% con otro diagnóstico psiquiátrico había padecido trastorno del estado de ánimo, un 27,8% trastorno de ansiedad y un 20,4% trastornos de la personalidad. Entre las mujeres el diagnóstico más frecuente era de trastornos de ansiedad (47,7%), seguido de trastorno del estado de ánimo (35,2%) y trastorno de la personalidad (15,9%).

En cuanto a enfermedades somáticas, éstas se objetivaban en alrededor de un 30% tanto entre las mujeres como en los varones, sin diferencias significativas. Sin embargo, en las mujeres sí era más frecuente seguir tratamiento médico (40,3%), frente al 32,5% de los varones. Los acontecimientos vitales estresantes en el mes previo a la entrevista fueron distintos cualitativamente, sobre todo de tipo familiar (65%) en las mujeres y laboral en los varones (47,5%), lo que parece concordar con los roles sociales tradicionales. Las diferencias estadísticamente significativas aparecen reflejadas en la tabla 1.

Diferencias de sexo en la clínica del episodio depresivo (según la escala de Hamilton)

No se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres en la puntuación total en la escala de HAM-D17 (media de puntuación, 23,3 en mujeres y 23,6 en varones) ni en la puntuación en la subescala de melancolía (11,7 en mujeres y 11,8 en varones) (referido a los ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13 de HAM-D17).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en ciertos ítems de la HAM-

Tabla 1 Datos sociodemográficos y clínicos en la muestra de varones y mujeres

	Mujeres (n = 629), n (%)	Varones (n = 535), n (%)	p
Estado civil	627	535	< 0,010
Casado/pareja de hecho	390 (62,2)	363 (67,9)	
Divorciado/separado	81 (12,9)	61 (11,4)	
Soltero	112 (17,9)	96 (17,9)	
Viudo	44 (7)	15 (2,8)	
Situación laboral	624	531	< 0,001
Activo	280 (44,9)	335 (63,1)	
Ama/o de casa	213 (34,1)	4 (0,8)	
No activo/estudiante	43 (6,9)	56 (10,5)	
Pensionista	88 (14,1)	136 (25,6)	
Enfermedades psiquiátricas específicas			
a lo largo de la vida	90 (15,4)	55 ^a (11,3)	0,050
Trastornos del estado de ánimo ^b	31 (34,4)	29 (52,7)	
Trastornos de ansiedad	42 (46,7)	16 (29,1)	
Trastornos por uso de sustancias	2 (2,2)	0	
Trastornos de personalidad	14 (15,6)	11 (20)	
Trastornos psicóticos	0	1 (1,8)	
Trastornos de la conducta alimentaria	4 (4,4)	1 (1,8)	
Trastornos adaptativos	1 (1,1)	2 (3,6)	
Trastornos del sueño	0	1 (1,8)	
Tratamiento médico actual (mujeres, n = 616; varones, n = 520)	248 (40,3)	169 (32,5)	< 0,010
Acontecimientos vitales estresantes en el último mes (mujeres, n = 627; varones, n = 529)	223 (35,6)	181 (34,2)	0,631
Familiar	145 (65)	82 (45,3)	< 0,001
Laboral	62 (27,8)	86 (47,5)	< 0,001

^aSe desconoce el tipo de enfermedad psiquiátrica que padecen 4 mujeres y 3 varones de los que afirmaron sufrir una enfermedad psiquiátrica.

^bEl 100% de los pacientes cumple los criterios de depresión mayor del DSM-IV.

D17 (tabla 2). Los varones presentaban tasas significativamente mayores en los ítems relativos a las ideas de culpa ($p < 0,05$), en trabajo y actividades ($p < 0,001$), agitación ($p < 0,05$) y síntomas en relación con el aparato genital ($p < 0,05$). Las mujeres presentaban puntuaciones significativamente mayores en los síntomas relacionados con la ansiedad somática ($p < 0,01$) y síntomas somáticos generales ($p < 0,01$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en ninguno de los 34 ítems de la escala de calidad de vida para la depresión ni en la puntuación total en la escala, calculada como la suma de todas las puntuaciones de los 34 ítems (datos no reproducidos).

Diferencias de sexo en la prevalencia de síntomas somáticos (según la escala PHQ-15)

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en los síntomas somáticos medidos con la escala PHQ-15. Los varones puntuaron más alto sólo en el ítem “dolor o problemas durante las relaciones sexuales” ($p < 0,01$). Sin embargo, la puntuación total en la escala fue significativamente mayor en las mujeres ($p < 0,001$) (tabla 3), así como una serie de ítems relacionados con molestias gastrointestinales, dolores,

vértigo y falta de aire. Las mujeres se mostraron significativamente más preocupadas que los varones por “dolor de estómago” ($p < 0,05$), “dolor de espalda” ($p < 0,05$), “dolor en los brazos, piernas y articulaciones” ($p < 0,05$), “dolor de cabeza” ($p < 0,001$), “vértigos” ($p < 0,05$), “sensación de falta de aire” ($p < 0,05$), “estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea” ($p < 0,05$) y “náuseas, gases o indigestión” ($p < 0,001$).

Diferencias de sexo en la prevalencia de otros trastornos psiquiátricos

Se observaron diferencias significativas en los trastornos psiquiátricos presentes en varones y mujeres en el momento de la entrevista. En el análisis de los resultados es necesario tener en cuenta los criterios de exclusión (trastornos como demencia y delirio, abuso de sustancias y trastornos psicóticos) y el criterio de inclusión “diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-IV”.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos se estudiaron, además de durante la vida, en el momento de la recogida de datos, independientemente del trastorno de estado de ánimo (criterio de inclusión trastorno depresivo mayor). Así, y de acuerdo con lo esperado, los más frecuentes fueron trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad en

Tabla 2 Diferencias significativas entre varones y mujeres en la escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems

	Mujeres, n (%)	Varones, n (%)
Sensación de culpabilidad ($p < 0,05$)		
Ausente	55 (8,8)	71 (13,3)
Ligero	228 (36,6)	151 (28,4)
Moderado	252 (40,4)	224 (42,1)
Intenso	79 (12,7)	80 (15)
Extremo	9 (1,4)	6 (1,1)
Puntuación media HAM	1,61	1,62
Suicidio ($p < 0,05$)		
Ausente	217 (35)	161 (30,2)
Ligero	229 (36,9)	203 (38,1)
Moderado	140 (22,6)	119 (22,3)
Intenso	31 (5)	49 (9,2)
Extremo	3 (0,5)	1 (0,2)
Puntuación media HAM	0,99	1,11
Trabajo y actividades ($p < 0,001$)		
Ausente	5 (0,8)	6 (1,1)
Ligero	38 (6,1)	40 (7,5)
Moderado	278 (44,6)	185 (34,7)
Intenso	224 (36)	186 (34,9)
Extremo	78 (12,5)	116 (21,8)
Puntuación media HAM	2,53	2,68
Agitación ($p < 0,05$)		
Ausente	316 (50,7)	250 (46,9)
Ligera	255 (40,9)	213 (40)
Intensa	52 (8,3)	70 (13,1)
Puntuación media HAM	0,57	0,66
Ansiedad somática ($p < 0,01$)		
Ausente	13 (2,1)	27 (5,1)
Ligera	149 (23,9)	153 (28,7)
Moderada	331 (53,1)	266 (49,9)
Intensa	120 (19,3)	80 (15)
Extrema	10 (1,6)	7 (1,3)
Puntuación media HAM	1,94	1,78
Síntomas somáticos generales ($p < 0,01$)		
Ausente	17 (2,7)	31 (5,8)
Ligero	359 (57,6)	334 (62,8)
Intenso	247 (39,6)	167 (31,4)
Puntuación media HAM	1,36	1,25
Síntomas genitales ($p < 0,05$)		
Ausente	185 (29,7)	115 (21,6)
Débil	220 (35,4)	206 (38,7)
Grave	186 (29,9)	174 (32,7)
Incapacitante	31 (5)	37 (7)
Puntuación media HAM	1,10	1,25
Puntuación total en la escala de HAM-D 17 (mujeres, $n = 623$; varones, $n = 534$), media (IC del 95%); $p = 0,206$	23,3 (22,9-23,6)	23,6 (23,2-24)
Puntuación en la subescala de melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13 de HAM-D17) (mujeres, $n = 622$; varones, $n = 530$), media (IC del 95%); $p = 0,339$	11,7 (11,5-11,9)	11,8 (11,6-12)

ambos grupos, con más frecuencia de ansiedad en mujeres (el 47,7% de trastornos de ansiedad y el 15,9% de trastornos de la personalidad) y de personalidad en varones. Las mujeres presentaban tasas significativamente mayores de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Impacto de los síntomas somáticos en la calidad de vida de los pacientes

Se observó una correlación lineal positiva (correlación de Pearson = 0,4; $p < 0,001$) entre la puntuación de la escala de

Tabla 3 Diferencias significativas entre varones y mujeres en la escala de síntomas somáticos PHQ15

Ítem (intensa preocupación)	Dolor de estómago	Dolor de espalda	Dolor en piernas y articulaciones	Dolor de cabeza	Vértigos	Sensación de falta de aire	Náuseas gases o indigestión	Estreñimiento, diarrea	Dolor durante las relaciones sexuales
Mujeres	12,7	22,5	25,7	34,6	12,6	26,8	18,0	15,9	12,7
Varones	12,4	20,2	20,4	25,2	9,2	24,4	13,8	13,2	18,8
p	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,001	< 0,001

HAM-D17 y los síntomas somáticos (puntuación total de la escala PHQ-15). Asimismo se observó una correlación lineal positiva (correlación de Pearson = 0,4; $p < 0,001$) entre la puntuación de la HAM-D17 y la QLDS. Estos resultados indican que a mayor severidad clínica hay mayor afección en el área somática y que a medida que se agrava la clínica también hay mayor deterioro de la calidad de vida del paciente. Ambas relaciones serían directamente proporcionales.

Se observó una correlación lineal positiva (correlación de Pearson = 0,3; $p < 0,001$) entre los síntomas somáticos (puntuación total de la escala PHQ-15) y la puntuación en la QLDS. Así, a mayor puntuación en síntomas somáticos más se afecta la calidad de vida del paciente.

En cuanto a la relación entre la calidad de vida (QLDS) y los síntomas somáticos específicos (ítems de la escala PHQ-15), se observaron relaciones significativas entre la calidad de vida y el nivel de preocupación/afección en ciertos ítems. Todas las diferencias señaladas como estadísticamente significativas con el test de ANOVA se estudiaron entre los diferentes grupos de pacientes (no preocupado, poco preocupado o muy preocupado) con pruebas *post-hoc* para identificar qué grupo marca la diferencia. Así, se comprobaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida entre los grupos en función de los siguientes síntomas somáticos: “dolor de estómago” ($p < 0,001$), “dolor de brazos, piernas y articulaciones” ($p < 0,05$), “dolor de cabeza” ($p < 0,001$), “dolor en el pecho” ($p < 0,001$), “vértigos” ($p < 0,05$), “síncopes y desvanecimientos” ($p < 0,01$), “palpitaciones o taquicardias” ($p < 0,001$), “sensación de falta de aire” ($p < 0,001$), “dolor o problemas durante las relaciones sexuales” ($p < 0,05$), “náuseas, gases o indigestión” ($p < 0,001$), “sentirse cansado o con poca energía” ($p < 0,001$) y “dificultades para dormir” ($p < 0,001$).

También se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los síntomas somáticos generales de la escala de Hamilton (ítem 13 de la escala HAM-D 17) y cinco de los ítems de la escala de calidad de vida QLDS. Así, en los apartados al respecto del sentido y el control sobre la propia vida: “siento que mi vida se está perdiendo” ($p < 0,05$), “siento como si no controlara mi vida” ($p < 0,05$) y “mi vida no tiene sentido” ($p < 0,001$), la dificultad para la socialización y tendencia al aislamiento “sólo quiero que pase el tiempo” ($p < 0,05$) y “me cuesta salir de casa” ($p < 0,001$).

Discusión

El principal hallazgo de este estudio fue que las mujeres con trastorno depresivo mayor referían tasas más elevadas

de síntomas somáticos que los varones. Además, esta mayor prevalencia de síntomas somáticos se expresaba también a través de una mayor alteración de la calidad de vida. Así, las mujeres tenían una puntuación total significativamente superior que los varones en la escala PHQ 15 de síntomas somáticos, y se sentían significativamente más preocupadas que los varones en 8 de los 15 ítems de la escala PHQ-15. Estos resultados concuerdan con los datos de la literatura, que apuntan a una mayor frecuencia de síntomas somáticos en mujeres con depresión¹⁵⁻¹⁹. Sin embargo, es necesario interpretar estos hallazgos con precaución, ya que las escalas utilizadas para medir los síntomas somáticos, la definición de “depresión somática” y los criterios de inclusión/exclusión varían en los distintos estudios.

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar la asociación entre la ansiedad y la depresión y los síntomas físicos¹⁹. La primera señala que los síntomas de ansiedad o depresión podrían ocurrir como una reacción a los síntomas físicos. La segunda postula que los síntomas de ansiedad o depresión podrían producir un aumento generalizado en la tendencia a experimentar, interpretar o referir síntomas físicos menores. En tercer lugar, podría existir un factor causal común que produjera síntomas físicos e, independientemente, síntomas de ansiedad o depresión. Una cuarta hipótesis es que los síntomas físicos que sufren estos pacientes están específicamente relacionados con aspectos fisiológicos de los trastornos de ansiedad o depresión (p. ej., fatiga o somnolencia en los trastornos depresivos, o palpitaciones y sudoración en los trastornos de ansiedad). Por último, las características de la personalidad podrían producir una tendencia a referir todo tipo de síntomas físicos^{20,21}. La mayoría de los estudios sobre este tema han observado que es el número de síntomas físicos (y no el tipo específico de síntomas) lo que se asocia a la existencia de trastornos psiquiátricos²⁰, lo que respaldaría la segunda hipótesis. Sin embargo, ninguna de estas hipótesis explica las diferencias observadas en la prevalencia de síntomas somáticos entre varones y mujeres. Se ha indicado¹⁸ que la elevada prevalencia de la depresión con síntomas somáticos en las mujeres se debe a factores psicosociales, posiblemente relacionados con el rol tradicional de género femenino^{5,18}. Otros aspectos psicológicos destacados en la mujer serían la mayor tasa de expresividad emocional y la amplificación de sensaciones, que podrían desempeñar un papel importante en las características diferenciales de la depresión según el sexo. Por último, no hay que olvidar las teorías acerca de las diferencias en la percepción del dolor, en las que las mujeres tendrían un umbral más bajo que los varones.

Otro hallazgo importante es el impacto de los síntomas somáticos en la calidad de vida. Se observó una correlación lineal positiva entre la puntuación de la QLDS y los síntomas somáticos, es decir, a medida que aumentaban los síntomas somáticos empeoraba la calidad de vida. Asimismo se establecieron relaciones significativas entre la calidad de vida y el nivel de preocupación/afección en doce de los síntomas somáticos recogidos en la escala PHQ-15. Los síntomas somáticos generales (ítem 13 de la escala HAM-D17) y cinco de los ítems de la QLDS también resultaron asociados de forma estadísticamente significativa. El efecto negativo de los síntomas somáticos en la calidad de vida de los pacientes deprimidos se repite constantemente en la mayoría de los estudios sobre este tema^{22,23}.

También, de acuerdo con la literatura disponible, en esta muestra aparecen síntomas ansiosos con más frecuencia en mujeres que en varones.

En cuanto a las características clínicas del episodio depresivo, en la escala HAM-D17 los varones presentaban tasas significativamente mayores de los ítems “sensación de culpabilidad”, “suicidio”, “trabajo y actividades”, “agitación” y “síntomas genitales” y las mujeres presentaban tasas significativamente mayores de “ansiedad somática” y “síntomas somáticos generales”. Estos hallazgos concuerdan en parte con los datos existentes en la literatura respecto a que las mujeres deprimidas informan de síntomas de ansiedad y somatización con mayor frecuencia que los varones^{3,24}. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los síntomas relacionados con alteraciones del sueño ni de aumento de peso, que suelen ser más frecuentes en mujeres^{25,26}. La mayor afección en los varones en el ítem “trabajo y actividades” concuerda con la teoría de los roles de género, según la cual se espera que los varones y las mujeres actúen según roles de género distintos, que son las conductas socialmente aceptadas para cada sexo. El rol de género masculino se ha caracterizado como independiente, no emocional y con elevada confianza en sí mismo; por el contrario, el rol femenino sería pasivo, cálido, cuidador, emocional y dependiente²⁶. Como la expresión de síntomas depresivos es incompatible con el rol de género masculino, los varones expresarían su depresión de forma menos emocional y más aceptada socialmente, es decir, mediante alteraciones en el área social y ocupacional²⁵.

En cuanto a las tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos en varones y mujeres, es difícil interpretar los resultados del presente estudio, ya que uno de los criterios de exclusión era presentar ciertos trastornos psiquiátricos concomitantes (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno de dependencia de sustancias o alcohol, trastornos somatomorfos, delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos). Los datos de la mayoría de los estudios indican que las mujeres deprimidas presentan una tasa de comorbilidad psiquiátrica mayor que los varones²⁷. Los trastornos comórbidos de ansiedad (especialmente el trastorno de pánico y las fobias) y de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres, mientras que los varones sufren mayores tasas de comorbilidad con alcoholismo y otros trastornos por uso de sustancias²⁷⁻³¹.

En cuanto a características de las mujeres con depresión mayor, se observó que el grupo con pareja presentaba menos síntomas somáticos, lo que podría abrir nuevas vías de investigación en cuanto a la influencia de variables sociodemográficas como estado civil, actividad laboral y edad en la depresión en la mujer.

Respecto a la frecuencia de síntomas somáticos, los más prevalentes en mujeres fueron dolor de estómago, dolor de espalda, artralgias, cefalea, vértigos, falta de aire, alteraciones gastrointestinales y dispepsia. En los varones, síntomas de la esfera sexual. Estos resultados indican que a mayor severidad clínica se afecta más el área somática y que a medida que se agrava la clínica también hay mayor deterioro de la calidad de vida del paciente. Ambas relaciones serían directamente proporcionales.

La coincidencia estadística entre los síntomas somáticos generales de la escala de Hamilton (ítem 13 de la escala HAM-D 17) y cinco de los ítems de la QLDS se refieren a los apartados relacionados con el sentido y el control de la propia vida y la tendencia al aislamiento. Estos síntomas, sin embargo, podrían estar más relacionados con las alteraciones propias de la depresión mayor que afectan a la percepción negativa de uno mismo, la tristeza, los sentimientos de minusvalía y el pesimismo: “siento que mi vida se está perdiendo” ($p < 0,05$), “siento como si no controlara mi vida” ($p < 0,05$) y “mi vida no tiene sentido” ($p < 0,001$), la dificultad para la socialización y la tendencia al aislamiento: “sólo quiero que pase el tiempo” ($p < 0,05$) y “me cuesta salir de casa” ($p < 0,001$).

El avance en la investigación de estos y otros aspectos relacionados con la depresión en la mujer aspira a aplicarse a la práctica clínica. La mayoría de los pacientes tratados por episodios de trastorno depresivo mayor no alcanzan la remisión, sino que continúan sufriendo síntomas residuales. Los síntomas residuales son frecuentemente de tipo físico e incluyen fatiga, alteraciones del sueño, cambios en el apetito y dolor³². Los pacientes con síntomas residuales presentan una evolución peor³³ y tienen mayor riesgo de recaída en el episodio depresivo³⁴. Se ha observado que el grado de mejoría de los síntomas físicos se correlaciona con la reducción de los síntomas depresivos^{35,36}. Estos datos subrayan la necesidad de desarrollar nuevos métodos mejorados para el tratamiento de la depresión, que logren la remisión total sin síntomas residuales³². Son necesarios estudios de diseño longitudinal que permitan evaluar la eficacia de los tratamientos antidepresivos en la reducción de los síntomas somáticos y depresivos. Las diferencias existentes entre varones y mujeres en las características clínicas y el curso de la depresión, los síntomas somáticos y los trastornos psiquiátricos comórbidos deben ser tenidas en cuenta por los clínicos tanto en la evaluación de los episodios depresivos como en la elección del tratamiento³.

El fenómeno de la somatización, asociado o no a trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos, todavía está poco explicado y, a pesar de las aproximaciones efectuadas a su estudio, quedan grandes territorios inexplorados en este campo, como su relación, además de con el sexo, con la edad, la exposición al estrés, los tipos de personalidad, el patrón de relaciones interpersonales, los acontecimientos vitales, etc.

Limitaciones

Aparte de las limitaciones inherentes a un estudio descriptivo, cabe destacar que no se evaluaron otras características clínicas de los episodios depresivos (excepto los medidos a través de la escala de Hamilton) que en la literatura se han asociado al sexo femenino, como los síntomas atípicos (hipersomnia, hiperfagia, aumento de peso, deseo de comer hidratos de carbono)²³, el retardo psicomotor³ o los cambios en el apetito¹⁹. Asimismo, al tratarse de un estudio transversal, no se pudo analizar las diferencias entre varones y mujeres en el curso de la depresión. No se utilizaron escalas clínicas para diagnosticar los trastornos psiquiátricos comórbidos y la participación de numerosos clínicos que utilicen los instrumentos de evaluación puede reducir la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Financiación

Este estudio fue patrocinado por Wyeth España y recibió apoyo del Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, CIBERSAM.

Bibliografía

- Vazquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Munoz J, Menendez-Arango JM, Gaité L, et al. Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992;27:62-8.
- Zunzunegui MV, Nunez O, Durban, García de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clin Exp Res*. 2006;18:349-51.
- Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord*. 2000;60:1-11.
- Nolan R, Willson VL. Gender and depression in an undergraduate population. *Psychol Rep*. 1994;75:1327-30.
- Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999;156:480-2.
- Young MA, Scheftner WA, Fawcett J, Klerman GL. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *J Nerv Ment Disord*. 1990;178:200-3.
- Frank E, Carpenter LL, Kupfer DJ. Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *Am J Psychiatry*. 1988;145:41-5.
- Hamilton M. Assessment of psychopathology. En: Hindmarch I, Stonier PD, editores. *Human psychopharmacology: Measures and methods*. New York: Wiley; 1984.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6:278-96.
- Ramos Brieve JA, Cordero Villafañila A. A new validation of the Hamilton Rating scale for depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22:21-8.
- McKenna SP, Hunt SM. A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS. *Health Policy*. 1992;22:321-30.
- Cervera-Enguix S, Ramirez N, Giralda N, McKenna SP. The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). *Eur Psychiatry*. 1999;14:392-8.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64:258-66.
- Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, et al. [Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care]. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:375-83.
- Silverstein B, Clauson J, Perdue L, Carpman S, Cimarolli V. The association between female college students' reports of depression and their perceptions of parental attitudes regarding gender. *J Appl Soc Psychol*. 1998;28:537-49.
- Silverstein B, Lynch AD. Gender differences in depression: the role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. *Sex Roles*. 1998;38:539-56.
- Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999;156:480-2.
- Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1051-2.
- Wenzel A, Steer RA, Beck AT. Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *J Affect Disord*. 2005;89:177-81.
- De Waal MW, Arnold IA, Spinhoven P, Eekhof JA, Van Hemert AM. The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res*. 2005;59:89-95.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:125-36.
- Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8:227-39.
- Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, Lopez CJ, Hetem LA, Secin R, et al. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord*. 2005;86:93-8.
- Perugi G, Musetti L, Simonini E, Piagentini F, Cassano GB, Akiskal HS. Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry*. 1990;157:835-41.
- Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie J. Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *J Affect Disord*. 2000;61:59-67.
- Oliver SJ, Toner BB. The influence of gender role typing on the expression of depressive symptoms. *Sex Roles*. 1990;22:775-90.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151:979-86.
- Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, Sullivan PF. Gender differences in the rate of comorbid axis I disorders in depressed outpatients. *Depress Anxiety*. 1999;9:49-53.
- Fava M, Abraham M, Alpert J, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients. *J Affect Disord*. 1996;38:129-33.
- Kornstein SG, Schatzberg AF, Yonkers KA, Thase ME, Keitner GI, Ryan CE, et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacol Bull*. 1995;31:711-8.
- Rapaport MH, Thompson PM, Kelsoe JR Jr, Golshan S, Judd LL, Gillin JC. Gender differences in outpatient research subjects with affective disorders: a comparison of descriptive variables. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:67-72.
- Fava M. Depression with physical symptoms: treating to remission. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:24-8.

33. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, et al. Does incomplete recovery from first time major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry*. 2000;157:1501-4.
34. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995;25:1171-80.
35. Denninger JW, Mahal Y, Merens W, Alpert JE, Nierenberg AA, Yeung A, et al. The relationship between somatic symptoms and depression. En: *New research abstracts of the 155th annual meeting of the American Psychiatric Association 2002*. Philadelphia: May 21. Abstract NR 251, 68-69.
36. De Leon J, Saiz-Ruiz J, Chinchilla A, Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76:203-9.