

**PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN
SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS QUE
RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESTUDIO CLÍNICO FASE
III EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

Luisa Fernanda García Marulanda

*Institución Universitaria de Envigado
luisafgraciam@gmail.com*

Resumen: se desarrolla la revisión de las variables: ansiedad, depresión y percepción sobre calidad de vida en salud en pacientes que reciben actualmente tratamiento farmacológico para la Osteoporosis. Estas son las principales causas de alteraciones anímicas relacionadas con la aparición de enfermedades. Los resultados demuestran que la población presenta moderada ansiedad y depresión y la percepción acerca de su calidad de vida en salud se encuentra menguada debido al deterioro de la vitalidad y elevado dolor físico, permitiendo correlacionar las variables, ofreciendo información pertinente sobre la injerencia de los estados anímicos en evolución de la enfermedad crónica de la Osteoporosis.

Copyright © 2005 CEA-IFAC

Palabras Clave: Ansiedad, calidad de vida, depresión, osteoporosis, percepción.

Abstract: The research was developed in the review of the variables: anxiety, depression and perception of quality of life in health of patients currently receiving drug treatment for Osteoporosis. The variables were chosen to be the main causes of mood disorders related to the onset of disease. The research results shows that the study population presented moderate anxiety and depression and perceived quality of life in health is deteriorating due to reduced vitality and increased physical pain, allowing half establecerce correlations between the variables. providing scientific information on the interference of the evolving moods of chronic disease and enable the Osteoporosis.

Copyright © 2005 CEA-IFAC

Key words: Anxiety, depression, osteoporosis, perception, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) al definir la salud en términos positivos relacionados con el área física, mental y social del ser humano, está determinando que la atención en salud debe ser integral abordando la complejidad misma de los sistemas que integran el organismo humano, sin

embargo, se evidencia en la actualidad que el protocolo de atención para osteoporosis consiste en la atención primaria a pacientes posmenopáusicas sintomáticas y la intervención por parte del especialista para la prescripción, tratamiento y rehabilitación de fractura osteoporótica, mediante ejercicio, terapia hormonal o terapias con medicamentos alternativos, la ingesta de Calcio,

Vitamina D y vitamina K, sin atender o contemplar dicho protocolo las necesidades educativas, emocionales y anímicas que pueden estar presentes en el paciente al ser diagnosticado y que intervienen en el pronóstico y adherencia terapéutica del mismo.

Poole K.E.S y Compston J.E publican en el año 2006 tasas de frecuencia y costo al servicio sanitario en Europa de la osteoporosis y sus consecuencias, evidenciando la alta incidencia de la enfermedad en la población mayor de 50 años, al indicar que el 40% de las mujeres caucásicas padecen fracturas osteoporóticas, causando servicios médicos por más de treinta millones de euros por año. (Poole y Compston, 2006, p. 1251-6). Manifiestan la necesidad de coordinación, cooperación y diversificación de todos los miembros del servicio de salud, a fin de optimizar la gestión diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de este grupo prioritario, con el propósito de ofrecer atención integral a los pacientes y disminuir el gasto global del Servicio de salud, lo cual, se encuentra acorde con la postura asumida por la APA desde la psicología de la salud, al postular que el cuidado de la salud humana es una labor interdisciplinaria.

Existe basta literatura e investigación biomédica acerca del padecimiento físico que experimenta la persona que padece osteoporosis, sin embargo, es una dificultad no resuelta por el modelo biomédico la explicación de la experiencia, expresión o manifestación de una enfermedad, ya que existe alta capacidad para identificar con consistencia y especificidad la lesión principal de una enfermedad y su incapacidad, como un proceso de etiquetamiento funcional-patológico (Ballesteros, 1990. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) mas no para estudiar e identificar los factores de determinan la diferente manifestación de los síntomas en individuos de una misma patología (McHugh y Vallis, 1986. Citados por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) o para la comprensión del paciente sano preocupado (worried well) (Burnum, 1978. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) y para conocer, evaluar y determinar el impacto psicológico que se ha producido en el paciente padecer una enfermedad de carácter crónico y bajo nivel de mortalidad.

Autores como Saleras (1985. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) reconocen la influencia de los factores sociales en el continuo salud-enfermedad, redefiniendo la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Es por ello, que se pone en marcha este proceso investigativo, esperando ofrecer datos relevantes a

los miembros de los servicios de salud y asociaciones de usuarios sobre la presencia o no de síntomas intrasomáticos en relación con la enfermedad crónica y su calidad de vida, a fin de formular propuestas que favorezcan el pronóstico del paciente.

Se pretende reforzar el planteamiento de la psicología de la salud en referencia a que las enfermedades no son en sí mismas, por sí mismas y para sí mismas y tienen relación con el paciente, su personalidad, estilo de vida y subjetividad (Palermo y Fernández-Abascal, 1998). Es por ello que se decide documentar la presencia de influencias psicológicas en la salud de las personas (Taylor, 2006) a fin de establecer si éstos son factores relevantes en el diagnóstico, pronóstico y adherencia terapéutica del paciente con osteoporosis, ya que es una enfermedad que afecta a más de setenta y cinco millones de personas actualmente, según informe de la OMS en 2010, dado que actualmente, no son consideradas e intervenidas en el protocolo de atención para esta enfermedad. Se eligen la ansiedad, depresión y percepción sobre calidad de vida por ser los factores alertados por la OMS como principales causas asociadas a los procesos de morbilidad y mortalidad en el futuro cercano, y estima esta organización sanitaria que para el año 2040 se habrá triplicado la población con osteoporosis, siendo apremiante un protocolo integral que incluya educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación interdisciplinaria al paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, surgen los planteamientos: ¿Cuál es la percepción que tienen sobre su calidad de vida las pacientes con osteoporosis en relación con la salud? ¿Presentan las pacientes con osteoporosis síntomas de ansiedad y depresión y éstos se relacionan con su percepción de calidad de vida?

2. MÉTODO

2.1. Diseño

| | |
|-------------------------------------|---|
| Enfoque | Cuantitativo |
| Tipo de investigación | Descriptiva |
| Tipo de análisis | Transversal |
| VARIABLES | Ansiedad, depresión, calidad de vida en salud |
| Nivel de certeza o confianza | 95% |
| Nivel de verdad | 80% |
| Nivel de falsedad | 20% |

2.2. Participantes

La población está conformada por 34 sujetos los

cuales cumplen los criterios de inclusión: 1. Género Femenino, 2. Post menopáusicas 3. Edad mayor de 60 años, 4. Diagnóstico de Osteoporosis confirmado por facultativo. 5. Pertenecer a

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra

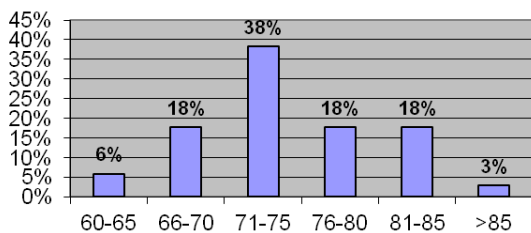
| Variables | (N=34) | % | Mínimo | Máximo | Media |
|---------------------------|---------|--------|--------|--------|-------|
| Edad | 61 - 86 | 100 | 63 | 86 | 73.44 |
| Estado Civil | | | | | |
| Soltera | 9 | 26,47% | | | |
| Casada | 9 | 26,47% | | | |
| Separada | 4 | 11,76% | | | |
| Viuda | 12 | 35,29% | | | |
| Hijos | | | | | |
| Sí | 30 | 88,23% | 1 | 17 | 5.17 |
| No | 4 | 11,76% | | | |
| Abortos | | | | | |
| | 15 | 44,11% | 1 | 6 | 2.20 |
| Convivencia | | | | | |
| Sola | 5 | 14,70% | | | |
| Con pareja | 2 | 5,88% | | | |
| Con hijos | 4 | 11,76% | | | |
| Pareja e hijos | 3 | 8,23% | | | |
| Hijos y nietos | 12 | 35,29% | | | |
| Hijos, nietos y bisnietos | 2 | 5,88% | | | |
| Otros | 6 | 17,64% | | | |
| Otras enfermedades | | | | | |
| | 26 | 76,47% | 1 | 7 | |

protocolo de investigación en fase clínica III en la ciudad de Medellín en el cual les suministran tratamiento farmacológico.

El estado civil más común entre las participantes fue viuda representado por el 35% (12 sujetos) de la muestra; fue idéntica la participación de mujeres solteras y casadas, equivalente al 26% en cada uno (Gráfica 1). El núcleo habitacional más representativo es el conformado por hijos y nietos, representando el 35% de la muestra (12 sujetos). Se destaca en la Tabla 2 que el 76% (26 sujetos) de la población evaluada refiere presentar otras enfermedades además de la osteoporosis.

La muestra se encuentra conformada cronológicamente por un rango de edad (Gráfica 1.) mínimo 63 y máximo de 86 años, la media poblacional obtenida es de 73 años, dado que el 38% de las evaluadas tiene entre 71 y 75 años de edad, la participación fue homogénea en tres grupos poblacionales: 66 a 70, 76 a 80 y 81 a 85 años, representando cada uno el 18% de la muestra.

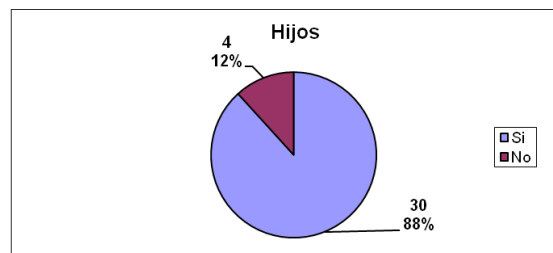
Gráfica 1. Distribución por edades.



El 88% (30 sujetos) de la población evaluada tiene hijos se indaga sobre este ítem debido a que los embarazos producen disminución de calcio en la mujer, lo cual, favorece la pérdida de masa ósea y aparición de osteopenias y osteoporosis. (Gráfica

2.)

Gráfica 2. Proporción de participantes con hijos.



2.3. Procedimiento

El procedimiento de selección de los sujetos de la investigación se realizó mediante muestreo aleatorio simple, usando la fecha de la visita más próxima al centro donde les es suministrado el tratamiento para la osteoporosis en la ciudad de Medellín durante 4 meses continuos.

Se solicitó autorización al patrocinador farmacéutico del estudio Fase III y a comité de ética CREI para evaluar a las pacientes y realizar la investigación. Se somete a aprobación el documento de consentimiento informado, el cual, es discutido y firmado voluntaria e individualmente con cada participante y se realizan entrevistas con duración de 40 minutos con cada participante.

2.4. Instrumentos

La muestra fue entrevistada de forma individual, empleando la entrevista estructurada inspirada en la Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery - Asberg (MADRS)¹, ya que, este tipo de entrevista permite al investigador recolectar detallada información psicopatológica de los sujetos de forma individual, la cual puede ser comparada con otros estudios de rigor científico, permitiendo generar categorías formales, siendo las entrevistas estructuradas una herramienta fundamental para la investigación básica y epidemiológica (Vásquez et. al., 1993, p. 259) Los índices de fiabilidad que ofrece la entrevista estructurada son satisfactorios, según indica Helzer y Cols (1985), a fin de determinar la presencia o no de la variable depresión en pacientes con osteoporosis.

También se empleó el cuestionario sobre calidad de vida SF-36v2 TM Health Survey (IQOLA SF-36v2 estándar, Columbia [Spanish]), el cual está diseñado como una escala genérica que avalúa calidad de vida relacionada con salud

¹ La escala de evaluación Montgomery - Asberg fue diseñada en 1979. Es corta, de claras instrucciones para uso, su versión al español fue realizada por Conde y Franch en el año 1984. Se emplea una calificación de 0 a 6 para evaluar estados de ánimo, ansiedad, síntomas somáticos y anhedonia. Levine y Cols, 1987 Citado en Bulbena et. al., 2003. P 264.

(CVRS) en 12 ítems: Función Física, Función Social, Rol físico, Rol Emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal y Salud General. Y el Cuestionario Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) Spanish, date of issue: 13 feb 2007, Reference: Translation process Coordinated by H. Lundbeck A/S) fue empleado para determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente, se compone por las variables: humor ansioso, tensión,

miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas vegetativos (Bulbena et. al., 2003, p. 373) permitiendo evaluar de ésta manera ansiedad psíquica y ansiedad somática.

3. RESULTADOS


De la población aleatorizada, el 39% fue diagnosticada con osteoporosis un año antes de iniciar la investigación y el 34% dos años antes. La mayor parte de la población se enteró de su condición médica al ser randomizadas y seleccionadas para participar en estudio clínico fase III en centro de investigación en enfermedades reumatológicas de la ciudad de Medellín.

Los resultados obtenidos indican moderada presencia de depresión en la población, dadas las puntuaciones promedio que son bajas.

Se preservan y se asumen como elementos protectores el apetito y la capacidad para sentir (expresión emocional). Dado que la puntuación en el ítem apetito reducido es de 0.44 cifra cercana al valor mínimo 0 y máximo 4, los resultados indican que el 79% no presenta ningún síntoma y el 6% de la muestra moderados u ocasionales disminuciones del apetito. Respecto al ítem incapacidad para sentir, la puntuación promedio de la muestra es 0.32, siendo el valor mínimo de referencia 0 y el máximo 3, indicando que el 85% de los evaluados no presentan ninguna incapacidad y el 6% presenta ocasionalmente alguna dificultad.

Los ítems que presentan puntuación sintomática son: Tensión interna, ya que el 29% de la muestra refiere sentirse tenso frecuentemente y se le dificulta controlarlo y el ítem reducción del sueño, debido a que el 27% de la muestra presenta alteraciones desde ocasionales hasta permanentes, indicando conciliar el sueño por cortos periodos no superiores a 2 horas. Sin embargo, los resultados globales de la prueba, presentan una población con baja incidencia de depresión. (Tabla 2)

Tabla 2. Resultados entrevista estructurada para evaluar la presencia de depresión en la población de la investigación. (Instrumento inspirado en el cuestionario Montgomery Asberg).

| |
|---|
|  |
|---|

En la prueba Hamilton de Ansiedad se obtuvo como resultado global moderada presencia de síntomas ansiosos. Se establece puntuación inferior a la media en los ítems que componen la prueba, sin embargo, todos los signos y síntomas que comprende la evaluación resultaron presentes en la muestra. (Tabla 3).

Los ítems con mayor puntuación resultante son tensión, en el cual, el 18% de la población evaluada refiere claramente presentar síntomas frecuentes o permanentes de nerviosismo e inquietud, los cuales le generan malestar e interferencia con su vida diaria. El 21% de los evaluados refiere presentar dificultades y cambios frecuentes o permanentes en la profundidad del sueño, indicando que este es frágil y superficial. El 24% de la población evaluada presenta de forma frecuente dificultades en la concentración y memoria para la realización de sus actividades cotidianas, refiriendo dificultad para controlar los síntomas, a pesar de ello, su comportamiento fue coherente y ordenado durante la ejecución de la prueba. Y el 27% refiere presentar déficit en su concentración y memoria, requiriendo de grandes esfuerzos para mantenerse en una misma actividad cotidiana. (Tabla 3)

El ítem humor deprimido presenta una puntuación moderada, ya que, el 30% de la muestra presenta de forma evidente (verbal y no verbal) preocupación por vivencias desagradables, afectando su estado anímico. (Tabla 3).

Es de aclarar que en el ítem síntomas genitourinarios el 59% descrito por la prueba (Tabla 3), la población refiere presentar ocasionalmente dificultades, debido a que dentro de los exámenes de control realizados por el estudio clínico fase III en el cual participan, les realizan citoquímicos de orina en cada visita de evaluación, en los cuales, han sido detectadas infecciones urinarias. Sin embargo, indican no presentaban molestias. Por ello, este ítem debe evaluarse no como únicamente síntoma de ansiedad, dado que su origen puede encontrarse asociado a la ingesta de la molécula de estudio clínico que les es administrada.

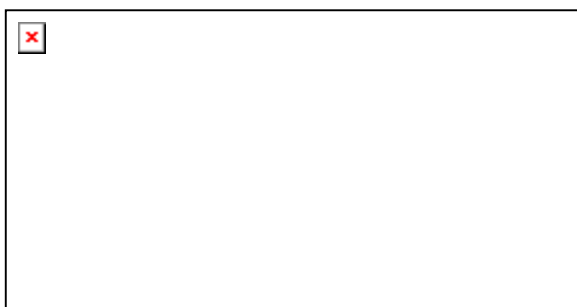
investigación permiten correlacionar las variables seleccionadas encontrando que la función y rol

Tabla 3. Resultados cuestionario Hamilton de Ansiedad.



Los resultados obtenidos en la prueba de SF 12 indican que algunos componentes de la percepción de calidad de vida se encuentran disminuidos como son la vitalidad y el dolor físico, debido a correlaciones entre algunas de las variables que componen la prueba, como es la correlación positiva media entre el rol físico y la función física 49%, correlación negativa media entre dolor corporal y rol físico -52% y correlación negativa media entre dolor corporal y función física -47% . (Tabla 4)

Tabla 4. Resultados prueba SF 12 sobre calidad de vida en salud.

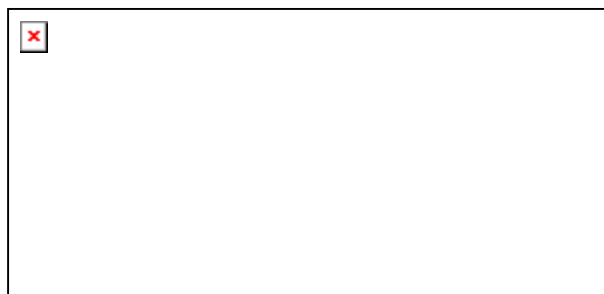


3.1. Análisis y disdusión

Los resultados obtenidos en la presente

físico presentan mediana correlación positiva con la ansiedad, la depresión y la función social. Adicionalmente se evidencia una mediana correlación negativa entre el dolor físico y la función física, al igual que entre la ansiedad y la salud mental.

Tabla 5. Correlación variables de investigación.



Estos resultados coinciden con la teoría de Aaron Beck afirma que la depresión ocasiona detrimento en la calidad de las relaciones interpersonales debido a esquemas que han sido estructurados a partir de las experiencias anteriores vividas en su entorno sociocultural. Por lo cual es necesaria una intervención que abarque no sólo la esfera cognitivo conductual, sino que abarque las esferas bio, psico y social, como postula la Organización Mundial de la Salud.

La correlación positiva entre la ansiedad y el deterioro de la percepción de calidad de vida en salud, coincide con la teoría propuesta por Patrick y Erickson, en la cual, refieren que la enfermedad impacta la percepción del paciente sobre su bienestar.

Estos resultados sin embargo, no son concluyentes para considerar que las variables ansiedad y depresión son de relevancia epidemiológica en la etiología de la osteoporosis.

Los resultados evidenciados en la presente investigación permiten establecer confirmar la teoría de del binomio inseparable salud enfermedad postulado por Enríquez Blanco, Schneir y Rodríguez, por ello, es imposible separar o establecer etiologías excluyentes que permitan determinar el origen o causa de la ansiedad, depresión y percepción disminuida de calidad de vida.

Esta investigación comparte con otros estudios características de cronicidad y perturbación emocional asociadas a patologías de la salud, por ello, se hace pertinente evaluar la presencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad a fin de realizar intervenciones en la

población afectada. Antecedentes investigativos, confirman y coinciden con los datos de la encuesta de salud mental realizada en Colombia en el año 2001, que indican que debe evaluarse estadísticamente factores psicológicos como la ansiedad y la depresión en pacientes crónicos ya que éstos se correlacionan con la percepción que cada uno tiene respecto a su calidad de vida, cognición, emociones y relaciones sociales. (Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74)

Los síntomas de la osteoporosis se caracterizan por su benignidad y la nula posibilidad de muerte, pero alto nivel de malestar e incapacidad, es por ello que los resultados de esta investigación presentan tendencia a la baja puntuación en cuanto al deterioro en la percepción de calidad de vida, en comparación con los resultados de pacientes evaluados con la misma escala para otras enfermedades crónicas, excepto las investigaciones sobre colon irritable, con las cuales presenta características comunes, que acuñan la aseveración de que [...] el deterioro en la salud y calidad de vida de un paciente no se debe solamente a la severidad de sus síntomas, sino a la relación con los factores psicosociales, ya que éstos son predictores de gran importancia en la valoración de calidad de vida. (Wilkinson, 1985, citado en Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74)

Los resultados de esta investigación coinciden con estudios realizados para evaluar estados emocionales en otras patologías crónicas y permiten concluir que si se tratan los síntomas de ansiedad en el paciente y estos disminuyen, mejoran sus prácticas de salud, lo cual, puede convertirse en un alivio para el servicio nacional de atención en salud y repercutir favorablemente en la calidad de vida del paciente. Por ello, estos resultados, alientan a que se incluya en el protocolo de atención básica de la osteoporosis la intervención psicosocial al paciente.

CONCLUSIONES

Se concluye que esta muestra poblacional padece de síntomas ansiosos y depresivos moderados, los cuales tienen una correlación negativa media con la percepción disminuida frente a la calidad de vida, evidenciando la necesidad de valoración y atención psicosocial.

Gracias a los resultados obtenidos y a las evidencias de investigaciones anteriores en la línea de las enfermedades crónicas, se puede postular que las emociones son agentes primordiales en la producción de reacciones psicofísicas y pueden mejorar o deteriorar el pronóstico de la enfermedad osteoporosis.

Los resultados de la presente investigación son una aproximación a la definición de nuevas

variables que acompañan la enfermedad osteoporosis, las cuales, deben continuar siendo indagadas y documentadas.

La investigación presentó gran dispersión y desviación estándar, debido al tamaño de la muestra que se realizó según el cálculo estadístico para un universo poblacional de 498 sujetos y también por la variedad de respuestas suministradas por la muestra. Por ello es recomendable realizar futuras mediciones con un tamaño muestral superior.

El estudio permite constatar una correlación media positiva entre la percepción en calidad de vida y la función y rol físico, concluyendo que las limitaciones y cambios en el estilo de vida y actividad física que debe realizar el paciente con osteoporosis disminuyen su percepción de bienestar y salud.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar evaluaciones en otros componentes que impactan la calidad de vida como son económico, social y familiar, dado que los resultados de la presente investigación arrojan moderado nivel de ansiedad que impactan no solo la función y rol físico, sino la función social y la salud mental. Adicionalmente, se detecta durante el proceso de entrevista individual, que las pacientes refieren malestar y rechazo a su condición debido a su situación socioeconómica y familiar, surgiendo estas como variables a ser investigadas a futuro.

Se sugiere revisar el actual protocolo de atención para la osteoporosis, dado que no incluye valoración ni atención en salud mental, y los resultados obtenidos en la presente investigación revelan que los pacientes en tratamiento presentan niveles en ansiedad que requieren ser atendidos. Situación que ya ha sido alertada desde el año 2000 por la Organización Mundial para la salud.

Para futuras investigaciones en esta línea se recomienda además de la observación, realizar intervención experimental, con el objetivo de comparar los resultados de ésta con un grupo control o con una segunda medición tipo re test.

REFERENCIAS

- Acedo, J. *Estados de ánimo*. (2009). Recuperado de <http://www.slideshare.net/joquinaedo/estados-de-nimo-1191017>.
- Alarcón Velandia, R.P. (Julio, 2011). *Psicología del envejecimiento y trastornos mentales del anciano*. Psicopatología del anciano. Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad de Ciencias de la Salud Área de Psiquiatría grupo de psicogeriatría y demencias.
- Aldasoro, A. (2009). *Guía española para el manejo del asma*. Unidad de Neumología infantil. Hospital Donostia. San Sebastián. Trabajo presentado en congreso de la Asociación Española de Pediatría, Zaragoza, España.

- (pp.115-119) Artículo recuperado de <http://www.congresoaeop.org/2009/agenda/docs/19384.pdf> f 414 /
- Alonso, J., Regidor, E., Berrío, G., Prieto, L., Rodríguez, C., de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Revista Medicina Clínica*. 111:410416. ISSN: 0025-7753. Vol. 111. Núm. 11 Barcelona, España. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/valores-poblacionales-referencia-version-espanola-cuestionario-salud-2551-originales-1998>.
- Anarte Ortíz M.T., Machado Romero A., Ruíz de Adana Navas, M.S., Caballero Díaz, F.F. Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes Mellitus tipo 1. Hospital Universitario Carlos Haya Málaga, Hospital Punta de Europa Algeciras Cádiz, Universidad de Málaga. *Ansiedad y estrés*. ISSN 1134-7937 Vol 16. Núm 1. (pp. 1, 13-31) Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3190994>
- Ascorra, P. (2009). El gerenciamiento de los estados de ánimo: estudio de caso en una organización chilena. *Revista Irice*. Núm 20 Noviembre 2009. (pp.21-32) Recuperado de <http://www.irice-conicet.gov.ar/files/PDFs/revirice/revistairiceveinte.pdf>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. (Trad. Del Viso Pabón, S.) En *Cognitive therapy of depression*. (1983) primera edición. (pp. 13-29) España. 15 edición. Desclée de brouwer. S.A. (Ed.). España.
- Betancur Castro, K., Castaño, J.J., Erazo, A. C., García N.J., Hernández, L., Hoyos D.M., Mueces, Y., Orjuela, L.F., Paez, M.L., Pérez, L.F., Tamayo, C.A., Tamayo, M.A., Velázquez, M.A., Villalba, D.C. (2007) Asociación entre prácticas de salud, somatización y algunos factores psicosociales en usuarios de clínicas de ASSBASALUD E.S.E. Manizales. Artículo de investigación 113, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_8%202/6_somatizacio_usuarios_assbasalud.pdf
- Castro Rodríguez, J.A. (2010) *VIII Congreso Latinoamericano de psicoterapias cognitivas: ampliando perspectivas*. Conferencia inaugural. Universidad de la Sabana. Hotel Cosmos 100.
- Colimon, M.K. (2010). *Fundamentos de epidemiología*. Corporación para investigaciones biológicas (ed). Tercera edición (pp. 51). Colombia. ISBN13 9789589076354.
- Comité de revisión de estudios de investigación. (Junio, 2011) *Estatutos Operativos Comité de Revisión de Estudios de Investigación CREI*, Versión 03. 02/06/2011.
- De la Cruz (2010) Planteamiento actual: mente y cerebro. *El problema mente-cuerpo: distintos planteamientos*. Recuperado de <http://platea.pntic.mec.es/macruz/mente/cuerpo-mente3.htm#monismo>
- Echeburúa Odriozola, E., (2003). Capítulo 27. Medición clínica de trastornos fóbicos y de ansiedad. En Bulbena Vilarrasa, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. MASSON (Ed) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. (pp. 373) Barcelona.
- Enríquez B.H., Schneider, R.E., Rodríguez, J.T. (2010) Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. *Fundamentos psicosociales*. México: Médica Panamericana (Ed) (pp. 45, 49, 96, 265, 285, 313, 333, 355, 387)
- Escobar, J. (Abril 2010) *Presentación del protocolo POWER MK 0822 -018 MSD*. Capacitación Centro Integral de Reumatología REUMALAB S.A.S., Club Unión Medellín.
- Fernández- ballesteros (1985). Vejez con éxito o vejez competente: un desafío a la ciencia y la sociedad. *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Alianza (Ed). Madrid, España
- Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, J y López M.D. (1998) Trastornos asociados a la vejez. En M.A. Vallejo (Dir.) *Manual de Terapia de Conducta*. Dikinson Psicología (Ed). Madrid, España.
- Gallego, A. (2010). Tipología de ensayos clínicos. *CRA NOVARTIS. I Curso de Buena Práctica en Investigación Clínica*. Huelva, México. Recuperado en http://www.fabis.org/html/archivos/cursos/ecap/Tipol_E_C_AGL_150507.pdf
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., Fitzpatrick, R. (BMJ Group). (June 15th, 2002) Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 324: 1417. doi: 10.1136/bmj.324.7351.1417.
- Gutiérrez, J. Ansiedad y Salud. Capítulo 7. En Oblitas, L.A. (Coor). . *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 165-210).
- Hernández, G., Orellana V., Kimelman, J., Nuñez, M., Ibáñez, H., *Revista médica de Chile*. (2005) Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna [Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical Ward]. Artículo de Investigación versión impresa ISSN 0034-9887 Vol.133 Núm.8. doi: 10.4067/S0034-98872005000800005.
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios., Aiguader, D. Descripción del instrumento Cuestionario de salud SF 12. Versión española del cuestionario de salud SF 12 adaptada por J. Alonso y Cols. BiblioPro (Ed) Barcelona, España. (pp. 1-4) Recuperado de http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf
- Izquierdo, M.A. (2005) Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación Vol. 16 Núm. 2* Universidad Complutense de Madrid. (pp. 601–619). Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/edu/11302496/articulos/RCED0505220601A.PDF>
- Labiano, M. (2006). Introducción a la psicología de la salud. Capítulo 1, Estrés y salud. Capítulo En Oblitas, L.A. (Coor). . *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 3-19, 213-295).
- Larousse Diccionario Enciclopédico. (S.L. Vox. 1) (2011). *Significado síntoma*. Larousse (Ed) Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/sintoma>
- Larousse Diccionario Enciclopédico. (S.L. Vox. 1) (2011). *Significado percepción*. Larousse (Ed). Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/percepcion>
- López. J.J., Aliño, I. (Dir) Valdés M.M. (co. Dir). (2002). *DSM IV TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Masson (Ed.) España. ISBN 8445810871.
- López, R.J., Cano, G.C., Gómez M.J. (2006). *Fundamentos de Medicina: Geriátría*. Corporación para investigaciones biológicas (Ed). Colombia. ISBN: 958-9400-98-1
- Millan, P. y Fernández, T. (2006). Demencia tipo Alzheimer, estudios de correlación cognitivo-funcional y memoria de trabajo. *Revista Neurología* Vol. 20. (pp.432-433).
- Mussi, C. (2006) Enfermedad y salud. Capítulo 5. En Oblitas, L.A. (Coor). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 113.147).
- Nicasio, P. M., Meyerowitz, B. E. y Kerns, R. D.

- (2004). The future of Health Psychology interventions. *Health Psychology*, 23, 132-137.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *CIE 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10 Revisión. Publicación científica N° 554. Vol. 3. Segunda Reimpresión. (1) Washington, Org. Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Páez, A. E., Jofre, M.J., Azpiroz, C.R., A de Bortoli, M.A. (2010). Ansiedad y Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis. *Revista de Psicología Clínica Argentina*. Vol. 02. Universidad de San Luis Argentina. (pp. 117-124) Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>
- Páez, A. E.; Jofre, M.J.; Azpiroz, C. R.; de Bortoli, A. A. (enero – Abril, 2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Revista Univ. Psychol*. Vol 8. Núm. 1 (pp. 117-124). ISSN1657-9267. Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>
- Palermo, F. y Fernández-Abascal, E. G. (1999). *Emociones y salud*. Ariel Psicología (Ed). Barcelona, España. ISBN: 84-344-0881-3.
- Poole, K. E. S. y Compston, J. E. (2006). Elaboración, implantación y seguimiento de un protocolo de osteoporosis posmenopáusica: colaboración entre Atención Primaria y el Servicio de Reumatología. *Revista Reumatología clínica*. Vol. 6 Núm. 003. (pp. 1251-6). Recuperado en <http://www.elsevier.es/es/revistas/reumatologia-clinica-273/elaboracion-implantacion-seguimiento-un-protocolo-osteoporosis-posmenopausica-13149595-originales-2010>.
- Posada, J. Buitrago, J. Barreto, Y y Rodríguez, M. (Junio-Diciembre 2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia año 2003. Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM. *Nova*. ISSN 1794 2370. Vol. 4 Núm. 006 (pp. 33-41).
- Sánchez, L. (Marzo 2010) *Socialización Status actual del protocolo POWER MK 0822 -018 MSD*. Conferencia Centro Integral de Reumatología REUMALAB S.A.S., Club Unión Medellín.
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales [health-related quality of life: conceptual aspects] *Revista Ciencia y Enfermería*. Núm. 9 Vol. 2 ISSN 0717 – 2079 (pp.9-21).
- Taylor, G., Easter, K., Hegney, R., (2006). *Mejora de la salud y seguridad en el trabajo*. Elsevier (Ed). España. ISBN 84 8174880 3.
- Tobón, Vinaccia y Sandín (2003) Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Revista Anales de Psicología*. Vol. 19 Núm. 002. ISSN 1695 2294. Universidad de Murcia. Murcia, España. (pp. 223-234).
- Vásquez Valverde, C., Jiménez Franco, F. (2003). Capítulo 21: Depresión y Manía. En Bulbena Vilarrasa, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. Masson. (Ed). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. (pp. 259) Barcelona.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. (Marzo-Abril, 2005). Revisiones: el cuestionario de salud sf- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Unidad de investigación en servicios sanitarios. Instituto Municipal de Investigación médica (IMIM-IMAS). *Gaceta Sanitaria versión ISSN 0213-9111*. Vol. 19 N. 2 *Barcelona*.
- Villegas, M.M.(2009). Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista Universidad Católica Popular de Risaralda* N° 83. (pp. 39-60).
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R.E., Vásquez A., Contreras, F., Tobon, S., Sandín, B. (Diciembre, 2005) Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Revista terapia psicológica*. Vol. 23, numero 002. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Santiago de Chile. (pp. 65-74).