

Un estudio exploratorio sobre la angustia en pacientes con diagnóstico psiquiátrico

An Exploratory Study on Anguish
in Patients with Psychiatric Diagnoses

Fernando Filipe Paulos Vieira

Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-1026-3969>

Correspondencia: fernando.paulos@usp.br

Francisco Lotufo Neto

Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-2043-7643>

Correio eletrônico: flotufo@usp.br

Resumen

A lo largo de las últimas décadas se ha observado una confusión conceptual al abordar los conceptos de miedo, pánico, ansiedad y angustia. La angustia que se centra en los acontecimientos actuales va acompañada de una sensación de opresión o dolor en la región torácica y, debido a que muchos pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad informan de esta experiencia, la sensación de angustia se ha convertido en el blanco de una gran preocupación clínica. El presente estudio investigó la existencia de diferencias entre pacientes con ansiedad y pacientes sin ansiedad en términos de síntomas y comorbilidades y para determinar si los pacientes diagnosticados con depresión y los pacientes con un trastorno de ansiedad experimentan ansiedad con mayor frecuencia que los pacientes a los que no se les diagnostica depresión o trastornos de ansiedad. La investigación concluyó que la angustia se asocia ligeramente más con la depresión que con la ansiedad, siendo más frecuente en el sexo femenino, y que las comorbilidades más frecuentes entre los pacientes con angustia son la somatización, los miedos, el estado de ánimo depresivo, los síntomas gastrointestinales y neurovegetativos.

Palabras clave: Angustia, dolor torácico, ansiedad, depresión.

Abstract

Over the last few decades, there has been confusion regarding the concepts of fear, panic, anxiety and anguish. Anguish, which focuses on current events, is accompanied by a feeling of tightness or pain in the chest region and, because many patients with affective and anxiety disorders report this experience, the feeling of anguish has thus become the focus of significant clinical concern. This study investigated whether there are differences between patients with anxiety and those without, in terms of symptoms and comorbidities, and aimed to determine whether patients diagnosed with depression or anxiety disorders experience anguish more frequently. In addition, this study sought to determine whether patients diagnosed with depression, and patients with an anxiety disorder, experience anguish more frequently than patients diagnosed with depression than those who do not experience anguish. The study concluded that anguish is slightly more associated with depression than anxiety, is more common in females, and, that the most common comorbidities among patients with anguish are somatization, fears, depressive mood, and gastrointestinal and neurovegetative symptoms.

Keywords: Anguish, toracic pain, anxiety, depression.

Introducción

En ocasiones, los acontecimientos vitales negativos llevan a la experiencia de un malestar intenso que desencadena una sensación física de opresión, dolor u opresión en el pecho (Kaur et al., 2023). La ansiedad en sí misma tiene una fuerte connotación, ya que quienes experimentan el sentimiento describen la experiencia como agonía, aflicción, tormento, martirio, tortura. Así, la angustia se puede definir como una sensación que provoca malestar en la región del pecho que se traduce en sensaciones físicas o manifestaciones corporales como opresión, dolor, dolor, agujero, asfixia o compresión en el pecho (Feray et al., 2023).

El origen de la palabra angustia proviene del griego *Angor*, que en latín derivó *Angustus* (estrechamiento); del indogermánico ‘angh’ (estrecho, dolorosamente contraída); del antiguo egipcio ‘anj’, ‘ankh’ o ‘ank’ (cruz ansata o cruz egipcia) y que da origen a ‘angor’ (estrechamiento) (López-Ibor, 2007). Otras lenguas hacen referencia al término angustia, como es el caso del japonés ‘苦痛, 心配, ストレス’ (mune no kurushimi) (alteración o sufrimiento torácico); del mandarín 痛苦 (Tòngkǔ) (dolor emocional), del hebreo ‘tzar’ (Lewis, 1979, p. 75) (fuerte sentimiento de opresión y sufrimiento); de la palabra alemana ‘enge/druck auf der brust’; ‘oppressionsgefühl’ (opresión); y la palabra húngara “aggodalom” (preocupación o miedo exacerbado). La palabra ‘enge’ (estrechez), se originó en

los anglos (en alemán: *angeln* (“pez”); en inglés: *englas*; en latín: *anglus* (singular) o *anglii* (plural) y se registró por primera vez en latín (*anglii*) en el libro *Germanica* de Públio Cornélio Tácito, en el siglo I. El nombre deriva de un topónimo de la antigua palabra alemana ‘*anguz*’, (“eng” en alemán actual) que significa “estrecha” o “angular”.

El filósofo danés Søren Kierkegaard reflexiona sobre la angustia en su obra titulada *Begrebet Angest* (El concepto de angustia) (Kierkegaard, 2017). Kierkegaard aborda el concepto de angustia ejemplificando a un hombre en lo alto de un acantilado o edificio que al mirar hacia abajo siente dos tipos de miedo, el miedo a caer y el miedo provocado por el impulso de arrojar al vacío, siendo este segundo tipo del miedo (o de la angustia) surge del entendimiento de que el ser humano tiene la libertad absoluta de elegir si saltar o no. Este miedo es tan vertiginoso como tu vértigo. Kierkegaard sugiere que sentimos angustia en todas nuestras elecciones morales, cuando entendemos que tenemos la libertad de tomar incluso las decisiones más terribles. El filósofo describió esta angustia como el vértigo de la libertad y fue más allá explicando que, si bien causa desesperación, también puede liberar al ser humano de respuestas irreflexivas, ya que lo hace más consciente de las opciones disponibles. La angustia aumenta nuestra conciencia y sentido de responsabilidad personal.

Por su parte, Martin Heidegger también entiende la angustia como un sentimiento exclusivamente humano, aunque el

análisis realizado en *Ser y tiempo* no la considera como un fenómeno psicológico, sino en su sentido ontológico. Hay una clara preocupación en la filosofía de Heidegger por demostrar que el hombre tiene una forma de ser diferente a la forma de ser de las entidades intramundanas. Al apoyar esta distinción, Heidegger define el ser del Dasein como cuidado (*Sorge*), que tiene una estructura triádica, compuesta por elementos existenciales: comprensión, sentimiento de situación y caída. De los tres existenciales, el sentimiento de situación gana relevancia en la medida en que la forma en que el mundo se le aparece al Dasein está directamente ligada a su estado afectivo. Así, Heidegger ve la ansiedad no como un estado psicológico, sino como una forma original de ser, a partir de la cual surge el mundo (Heidegger, 2006, p. 136).

Para el filósofo francés Jean-Paul Sartre, el ser humano tiene libertad de elección para tomar decisiones en su vida y, por otro lado, esta conciencia de libertad da lugar a un aterrador sentimiento de angustia (Sartre, 1981). El término angustia se utiliza para describir el reconocimiento de la total libertad de elección que enfrenta el ser humano y lo desafía en cada momento de su existencia. Sartre (1981) afirma que la angustia es sólo angustia y su relación con la libertad es la simple constitución de la fragilidad del ser humano. El psiquiatra suizo Médard Boss también estaba interesado en el concepto de angustia, y este interés era principalmente clínico (Boss, 1977). La tematización de la angustia parte de la dimensión óntico-existencialista, en la que la angustia aparece

más inmediatamente, “en el contexto del enfermo psíquico” (p. 18), “siendo íntimamente corroída, declarada o encubierta” (p. 15). Ya al inicio de su obra, Boss (1977) señala la comprensión de la angustia como una dimensión original, considerada en diferentes lugares y de acuerdo con viejos proverbios, como aquello que “se apodera del mundo interiormente” (p.15).

En el ámbito literario, la obra de Antero de Quental manifiesta visiblemente una profunda angustia y, junto a un rostro luminoso del yo, hay un rostro nocturno, generando esta dualidad una gran inquietud interior (Monteiro, 1972). La angustia también es visible en la poesía de Fernando Pessoa quien, a través de Álvaro de Campos, uno de sus heterónimos realiza su despersonalización al colocar en su heterónimo toda la emoción que quería sentir, y esta reacción desencadena una profunda angustia, notable expresión subjetiva en la obra del heterónimo (Pessoa, 2020). La obra titulada *La angustia de Grant*, de Carrington, también hace referencia al sentimiento de angustia. El libro habla de un hombre que, tras regresar a casa, descubre que su esposa lo ha abandonado, provocándole una profunda angustia (Carrington, 2016).

En el contexto religioso, el sentimiento de angustia está presente en la vivencia de algunos personajes. David sintió angustia, soledad, miedo al enemigo y una gran lucha interior contra el pecado y la culpa (Kirsch, 2000). Elías sintió una profunda angustia y deseos de morir, después de un gran agotamiento por las

batallas contra los profetas de Baal y los ataques a su vida perpetrados por Jezabel (Ackerman, 1995). La angustia y el deseo de morir también están presentes en Jonás quien, tras una tormenta en el mar, fue tragado por un pez gigante (Green, 2005). El profeta Job se encontró ante una profunda angustia debido a grandes pérdidas, devastación y enfermedades físicas (Besserman, 1979). Moisés experimentó un sentimiento de angustia al darse cuenta de que su propio pueblo cometió el pecado (Nigosian, 1993). También conocido como el profeta llorón, Jeremías sintió angustia debido al sufrimiento que le provocaba el constante rechazo por parte de las personas que amaba (Longman, 2008). Jesús se encontró ante un sentimiento de angustia debido a lo que le esperaba, es decir, un viaje de gran sufrimiento (Grant, 1977).

Cuando Freud introdujo la palabra angustia, Strachey la tradujo como ansiedad (Strachey, 1934). La justificación para tal traducción fue que “angst” era un término comúnmente usado en alemán y podía traducirse por algunas palabras inglesas igualmente comunes, como “fear”, “fright”, “alarm”. Así, concluyó que la palabra adoptada “‘ansiedad’ también tendría un significado común en el uso cotidiano, con sólo una remota conexión con cualquiera de los usos de la palabra alemana ‘angst’ y que sería “poco práctico” establecer un solo un término inglés como traducción exclusiva, pero que habría un uso ya establecido por la psiquiatría que justificaría la elección del término “anxiety” (Freud, 1893/1996, p. 117).

La preocupación en torno a la angustia se acrecienta debido a que muchos pacientes presentan este sentimiento como una queja, aunque no existen guías, guías, datos epidemiológicos ni estudios de psicopatología más recientes que aborden el concepto de angustia. Antiguamente la ansiedad precordial era un término muy de moda. Sin embargo, surgió una duda en torno a la región del cuerpo donde se sentía el dolor, más específicamente lo que se quería saber era por qué el dolor era en la mitad del pecho y no en la región precordial, ya que tomando en cuenta que el dolor al no estar ubicado en la región precordial, ya no se consideraba sufrimiento precordial. A principios del siglo XVIII, un tratado sobre vapores o ataques histéricos de John Purcell hace referencia a sujetos que, al verse afectados por los vapores y tener un gran peso sobre el pecho, se sentían oprimidos, con una terrible angustia mental y una profunda melancolía. Los vapores se convirtieron en sinónimo de angustia mental, melancolía y depresión. López-Ibor, en el ámbito de su obra titulada *Angustia Vital* de 1950, aborda el término timopatía ansiosa. Estableciendo una relación entre el timo y el vapor, se sabe que los antiguos, cuando comenzaron a estudiar más de cerca el tórax, encontraron que la población más joven tenía un timo, el cual desaparecía como si se evaporara a lo largo de la vida, dando lugar a la idea de que el malestar en la región donde se había encontrado la glándula le provocaba un sentimiento de opresión.

Así, López-Ibor empieza a hablar del término timopatía ansiosa y, según él,

el circuito timopático, que es el circuito de los trastornos del estado de ánimo, debería incluir a un grupo especial de pacientes cuyo síntoma fundamental era la ansiedad, siendo la neurosis de ansiedad como condición endógena. La gran preocupación tanto de López-Ibor como de Aubrey Lewis residía en la separación de la neurosis de ansiedad que se había encontrado a través de la traducción de la palabra freudiana ‘angst’, que por cierto tiene el significado de miedo en alemán, pero traducida a neurosis de ansiedad o ansiosa o neurosis de ansiedad. López-Ibor y Lewis argumentaron que la angustia no era una condición psicógena, así como Freud dijo una vez que la angustia se trataría con medicamentos, que no era una condición similar a las psiconeurosis. Ambos psiquiatras estaban preocupados por la “invasión” de la psiquiatría dinámica o del psicoanálisis en la psicopatología y la psiquiatría clásica y la gran preocupación en el contexto de la angustia vital era decir que el cuadro de ataques de pánico, propio de los cuadros de ansiedad, era un cuadro vital y no una condición psicógena.

Así comenzó el uso de timolépticos, medicamentos que mejoraban el estado de ánimo y la depresión severa. El interés por el timo procedía de los vapores, de las sensaciones en la región torácica. Lo que más se parece a una molestia en la región torácica es la miocardiopatía de takotsubo descrita en 1991, y no se habla de opresión ni de angustia. Sin embargo, Kuhn (2005), al escribir sobre los efectos de la imipramina, llamó la atención sobre el hecho de que los pacientes con depresión severa tenían

una sensación de opresión y cuando eran tratados con altas dosis de imipramina, esta sensación de opresión daba paso a una sensación de alivio. Según varios investigadores, la opresión en el pecho, así como la dificultad para respirar, son un malestar físico subjetivo que forma parte de la ansiedad. Para Lewis (1979), el término Angustia, que se refiere a la idea de dolor actual y agonía mental, es inadecuado para utilizarlo como definición de ansiedad, que se centra más en el pánico y los síntomas autonómicos.

La ansiedad cobra especial relevancia dada su diferencia con el miedo y la ansiedad, al no ser experimentada por todas las personas (menos del 50%), y no consiste en un síndrome, sino más bien en un sentimiento, síntoma o sensación. El sentimiento de angustia se encuentra en personas normales, con pánico, depresión, especialmente el tipo melancólico que López-Ibor llamó delirio angustiado, y esto sugiere que la angustia es una forma especial de expresión emocional primaria que afecta a alrededor de un tercio de la población. Según Gentil y Gentil (2009), la angustia podría tener relevancia clínica y neurobiológica, argumentando que la sensación de opresión u opresión en la región torácica podría tener una conexión emocional.

A lo largo de las últimas décadas se ha observado una confusión conceptual en el abordaje de conceptos como miedo, pánico, ansiedad y angustia. El sentimiento de angustia, que se centra en acontecimientos que ocurren en el momento presente, se acompaña de

sensaciones en la región torácica que pueden presentarse en forma de dolor u opresión y, debido a que muchos pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad lo refieren experiencia, la ansiedad se convirtió así en el blanco de una gran preocupación clínica.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 100 pacientes atendidos en el ambulatorio general, de ansiedad y de trastornos afectivos del adulto del Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, siendo 35 pacientes pertenecientes al grupo con distrés, 50 al grupo sin angustia y 15 al grupo de duda, es decir, al grupo de pacientes que declararon la experiencia de angustia, pero no pudieron describirla con precisión.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Desarrollado con el objetivo de recolectar información respecto de las variables demográficas y socioculturales de los participantes, a saber, Edad (años), Género (Masculino, Femenino, Otro); Nivel educativo (Educación Superior Completa, Educación Superior Incompleta, Educación Secundaria Completa, Educación Secundaria Incompleta, Educación Primaria Completa, Educación Primaria Incompleta; Estado Civil (Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Sin Respuesta).

Inventario Breve de Síntomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; adaptado al portugués por Canavaro, 2007). Este inventario evalúa síntomas psicopatológicos relacionados con nueve dimensiones diferentes y culmina en una evaluación resumida que consta de tres índices globales. Las nueve dimensiones son las siguientes: Somatización, que incluye los ítems 2, 7, 23, 29, 30, 33 y 37; Obsesiones-Compulsiones, que incluye los ítems 5, 15, 26, 27, 32, 36; Sensibilidad interpersonal, que incluye los ítems 20, 21, 22 y 42; Depresión, que incluye los ítems 9, 16, 17, 18, 35, 50; Ansiedad, que incluye los ítems 1, 12, 19, 38, 45, 49; Hostilidad, que incluye los ítems 6, 13, 40, 41 y 46; Ansiedad Fóbica, que incluye los ítems 8, 28, 31, 43 y 47; Ideación Paranoica, que incluye los ítems 3, 14, 34, 44 y 53; y Psicoticismo, que incluye los ítems 3, 14, 34, 44 y 53.

Inventario de Estilos de Defensa (DSQ-40). Los mecanismos de defensa del ego, que es un concepto psicoanalítico, se han definido como una indicación de cómo los individuos abordan los conflictos (Gallani et al., 2020). El estilo defensivo se considera una dimensión importante de la estructura de la personalidad del individuo y se convirtió en el primer concepto psicoanalítico reconocido por el DSM-IV¹³ como guía para futuras investigaciones (Scaini et al., 2022).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La HADS se divide en dos subescalas: la subescala de ansiedad (tensión o contracción, miedo, preocupación, dificultad para relajarse, mariposas u opresión en el estómago, inquietud,

pánico) – HADS-A y la subescala de depresión (anhedonia, dificultad para encontrar el humor al ver cosas graciosas, tristeza profunda, lentitud para pensar y realizar tareas, pérdida de interés en cuidar la apariencia, desesperanza, falta de placer al ver programas de televisión, radio o leer algo) – HADS-D. Ambos contienen siete ítems intercalados entre preguntas respecto a la ansiedad y la depresión. Los factores y sus ítems correspondientes se muestran a continuación: Síntomas de ansiedad, que incluye los ítems: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; Síntomas de depresión, que incluye los ítems: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Todos los ítems son clasificados en una escala de 4 puntos que van del 0 al 3. A través de estos valores definidos, las subescalas HADS pueden indicar la presencia de trastornos de ansiedad o depresión en diferentes niveles: normal (de 0 a 7), ligero (de 8 a 10), moderado (de 11 a 14), y serio (de 15 a 21). Esta escala, después de estudios y validación para la población brasileña y la lengua portuguesa, ha sido ampliamente utilizada. El cuestionario es autoadministrado, y el sujeto evaluado puede contar con la ayuda del evaluador, quien en el caso de este trabajo fue siempre el mismo, si no entendía el contenido de algunas preguntas.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). El HAM-A contiene catorce ítems distribuidos en dos grupos, el primer grupo con siete ítems relacionados con síntomas de estado de ánimo ansioso; Insomnio; estado de ánimo deprimido; pérdida de interés, cambios de humor, depresión, despertar temprano;) y el segundo grupo, también compuesto por

siete ítems, relacionados con los síntomas físicos de la ansiedad (somatización motora; somatización sensorial; síntomas cardiovasculares; síntomas respiratorios; síntomas gastrointestinales; síntomas genitourinarios y síntomas neurovegetativos).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El STAI es una escala de autoinforme que depende de la reflexión consciente del sujeto en el proceso de evaluación de su estado de ansiedad, así como de sus características de personalidad. Las puntuaciones de ansiedad estatal pueden variar en intensidad con el tiempo, se limitan a un momento o situación particular, y las personas con ansiedad estatal tienden a volverse ansiosas solo en situaciones particulares (Knowles, & Olatunji, 2020). Se caracteriza por sensaciones desagradables de tensión y aprensión, percibidas conscientemente, y puede variar en intensidad, dependiendo del peligro percibido por la persona y del cambio en el tiempo. La ansiedad rasgo se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a reaccionar ante situaciones percibidas como amenazantes con aumentos en la intensidad del estado de ansiedad. Tiene una característica duradera en la persona porque el rasgo de personalidad es menos sensible a los cambios ambientales y porque estos se mantienen relativamente constantes en el tiempo.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Sheehan et al., 1998). El MINI fue desarrollado por investigadores del Hospital Pitié Salpêtrière de París

y de la Universidad de Florida en Estados Unidos y consiste en un breve cuestionario de 15 a 30 minutos de duración, compatible con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y la CIE-10 (diferentes versiones), que pueden ser utilizados por los médicos después de un entrenamiento rápido (de 1 a 3 horas). El MINI está organizado en módulos de diagnóstico independientes, diseñados para optimizar la sensibilidad del instrumento, a pesar de un posible aumento de falsos positivos.

Procedimientos

Mientras esperaban la atención, los pacientes fueron invitados a participar de la investigación, por lo que recibieron una explicación sobre su objetivo y firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Los pacientes respondieron a un instrumento de diagnóstico Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) que contiene los criterios de diagnóstico del DSM-5 para trastornos de ansiedad y trastornos afectivos y un cuestionario para identificar la presencia de angustia. Además, se pidió a los pacientes que respondieran el Inventario Breve de Síntomas Psicopatológicos (BSI), el Inventario de Estilos de Defensa (DSQ-40), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM -A) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). También se pidió a los pacientes que registraran una declaración sobre la experiencia de angustia. Esta grabación fue escuchada y analizada para determinar si los pacientes experimentaban angustia o no.

Resultados

En la primera etapa del análisis descriptivo se concluyó que las variables BSI Somatización, género, nivel de escolaridad, HAM-A Miedos, HAM-A Estado de ánimo Depresivo, HAM-A

Síntomas Gastrointestinales y HAM-A Síntomas Neurovegetativos fueron las variables que presentó la mayor diferencia en la comparación entre grupos con angustia y sin angustia en cuanto a variables numéricas y categóricas.

Tabla 1.
Tabla comparativa de significancia

Variable	Angustia (Valor - p)	Ansiedad (Valor - p)	Depresión (Valor - p)
BSI Somatización	.02 *	.826	.001*
BSI Obsesión Compulsión	.926	.02 *	.001*
BSI Sensibilidad Interpersonal	.828	.023 *	.008*
BSI Depresión	.724	.407	.001*
BSI Ansiedad	.72	.032 *	<.001*
BSI Hostilidad	.571	.208	<.001*
BSI Ansiedad Fóbica	.684	.024*	.001*
BSI Ideación Paranoica	.621	.321	.001*
BSI Psicoticismo	.71	.126	.004*
DSQ Agresión pasiva	.341	.069	.049*
DSQ Acting Out	.775	.313	.019*
DSQ Dissociación	.539	.002*	.949
DSQ Somatización	.693	.015*	.04 *
HADS Ansiedad	.828	.03*	.015*
HADS Depresión	.504	.224	.005*
IDATE Característica	.761	.002*	.002*
HAM-A Puntuación total	.129	.065	.003*

Del examen de las variables del cuestionario se observó que la ansiedad afecta más a las mujeres que a los hombres. El nivel descriptivo de la prueba Chi-Cuadrado ($p = .041$) también contribuye para la evidencia de esa asociación entre angustia y género. En cuanto al nivel de escolaridad, hubo indicio de diferencia entre los grupos ($p = .048$), ya que el grupo sin distrés

tuvo mayor porcentaje de personas con educación superior completa. En cuanto al cuestionario BSI, sólo la distribución de la variable somatización fue notablemente diferente entre los grupos. La mediana del grupo con angustia fue mayor, además, el valor p de la prueba de Wilcoxon Mann Whitney fue significativo ($p = .020$). En cuanto al HAM-A, las variables miedo,

estado de ánimo deprimido, síntomas gastrointestinales y síntomas neurovegetativos mostraron diferencias significativas para la variable ansiedad (nivel de significancia individual, α de Cronbach de .05), siendo el grupo con angustia el que presentó valores más elevados de puntuación. También se realizó un análisis para comparar los síntomas de angustia y depresión (utilizando el MINI como diagnóstico) más asociados a la angustia

para descubrir qué síntomas tienen en común ambos trastornos con la angustia. Las pruebas de Wilcoxon Mann Whitney y Chi-cuadrado muestran la asociación entre las demás variables y cada una de las tres mencionadas. Entre angustia y depresión se consideraron significativas las variables BSI Somatización y síntomas neurovegetativos HAM-A, y entre angustia y ansiedad sólo fue significativa la variable miedos HAM-A.

Tabla 2.

Cuadro comparativo de la significancia (test Chi-cuadrado) de los síntomas y mecanismos de defensa de la angustia con los de la ansiedad y la depresión

Variable	Angustia (Valor - p)	Ansiedad (Valor - p)	Depresión (Valor - p)
HAM-A Estado de ánimo ansioso	.953	.054*	.625
HAM-A Tensión	.417	.15	.043*
HAM-A Miedos	.003*	.03*	.184
HAM-A Estado de ánimo depresivo	.049*	.231	.084
HAM-A Síntomas respiratorios	.323	.132	.029*
HAM-A Síntomas gastrointestinales	.025*	.444	.946
HAM-A Síntomas neurovegetativos	.018*	.494	.023*
MINI Depresión	.305	.28	-
MINI Ansiedad	> .999	-	.28
MINI Otro Diagnóstico	.228	> .999	.588

También se realizó un análisis de sensibilidad, reasignando el grupo de duda como de angustia, para investigar cambios en las interpretaciones de los resultados de la comparación de la variable ansiedad con el MINI Ansiedad y el MINI Depresión. Es de destacar que no hay diferencias en las interpretaciones, es decir, no hubo impacto de la reubicación del grupo de duda en los resultados de la investigación de

la relación entre angustia y ansiedad o depresión. La misma reubicación del grupo de dudas se realizó para comprobar si había cambios en los principales síntomas asociados a la ansiedad. En el análisis inferencial, se utilizó la teoría de respuesta al ítem (TRI) para reducir el tamaño de los cuestionarios HAM-A y DSQ-40. Para HAM-A, se generaron dos puntuaciones mediante TRI. La primera (Puntuación TRI de Hamilton) se aplicó

a las 13 variables, la segunda (Puntuación TRI de Hamilton reducida) se aplicó sólo a las variables más significativas para la angustia en las pruebas de Chi-cuadrado y también de interés para el investigador, a saber: HAM - A Miedos, Estado de Ánimo Deprimido HAM-A, Síntomas Gastrointestinales HAM-A y Síntomas Neurovegetativos HAM-A. También se construyeron dos Scores por suma simple: HAM-A Sum Score y HAM-A Reduced Sum Score, siendo este último construido por las variables mencionadas anteriormente. Es posible ver dos puntos

observando. La primera es que el cuestionario HAM-A sí tiene relación con la variable ansiedad, la segunda es que la diferencia entre ambos métodos es clara, en la que la TRI demostró ser superior a la simple suma en cuanto a grupos de poder discriminatorios. El DSQ-40 tiene 3 variables latentes según la literatura: DSQ Neurótico, DSQ Inmaduro y DSQ Maduro, que se describen en el apartado dedicado a la descripción de las variables. El DSQ, tanto a través de la suma como del TRI, parece no tener relación entre los grupos angustiados y no angustiados.

Tabla 3.
Estimaciones de coeficientes del modelo de Regresión Logística

Parámetros	Estimador	Error estándar	Valor - p
Interceptar	2.7809	1.359	.041
MINI Depresión (Ref.- Sin depresión)	1.294	0.773	.094
BSI Somatización	0.090	0.052	0.086
Edad	-0.044	0.018	.013
Score HAM-A TRI Reducido	1.047	0.419	.013
BSI Hostilidad	-0.143	0.067	.033
BSI Obsesión Compulsión	-0.118	0.065	.070
Género (Ref.- Masculino)	1.016	0.586	.083

Para investigar si la angustia está más relacionada con la depresión que con la ansiedad, se ajustó un modelo de regresión logística en el que la variable de respuesta (dependiente) se definió como tener o no angustia dependiendo de muchas variables independientes consideradas en el estudio. Por lo tanto, el modelo se ajustó al grupo sin duda, para 85 observaciones, siendo la variable malestar la variable respuesta y las siguientes 23 variables explicativas: puntaje DSQ-40

maduro del TRI; puntuación inmadura del DSQ-40 TRI; Puntuación TRI neurótica DSQ-40; puntuación reducida del TRI de Hamilton; IDATE Estado; IDATE Rasgo; MINI Depresión; ansiedad MINI; MINI otro diagnóstico; somatización BSI; Obsesión compulsión por BSI; depresión BSI; ansiedad BSI; hostilidad de BSI; ansiedad fóbica a BSI; BSI ideación paranoica; psicoticismo BSI; BSI sensibilidad interpersonal; HADS ansiedad; Edad; Género; Grado escolar; Estado

civil. Las variables seleccionadas fueron las siguientes: Género, Puntuación de Hamilton Reducida, Somatización BSI, Hostilidad BSI, Obsesión Compulsión BSI, Edad y Depresión MINI. Las puntuaciones más altas de somatización del BSI

también se asocian con mayores probabilidades de sufrir angustia; Con cada aumento de un punto en este dominio, la probabilidad de angustia aumenta en un 9,4%, manteniendo fijas las demás variables.

Tabla 4.
Odds ratio del modelo de regresión logística con sus respectivos intervalos de confianza del 95%

Variable	Referencia	Estimé (RC)	Confianza (95%)
MINI	Sin depresión	3.640	[0.843 ; 18.363]
BSI Somatización	Aumento de 1 punto	1.094	[0.989 ; 1.219]
Edad	Aumento de 1 punto	0.956	[0.921 ; 0.989]
Score HAM-A TRI Reducido	Aumento de 1 punto	2.849	[1.297 ; 6.856]
BSI Hostilidad	Aumento de 1 punto	0.866	[0.753 ; 0.982]
BSI Obsesión Compulsión	Aumento de 1 punto	0.888	[0.776 ; 1.001]
Género	Masculino	2.763	[0.897 ; 9.165]

Un aumento de 1 año en la edad reduce la probabilidad esperada de experimentar angustia en un 4,6%, manteniendo constantes las demás variables. Cuanto mayor es el puntaje HAM-A, mayor es la probabilidad esperada de tener malestar, es decir, con cada aumento de un punto en este puntaje hay un aumento en la probabilidad esperada de sufrir malestar del 185%, considerando las demás variables en el modelo constante. Para BSI Hostilidad, por cada aumento de 1 punto, la probabilidad esperada de experimentar angustia disminuye en un 15,5%, manteniendo fijas las demás variables. Para BSI Obsesión Compulsión, con cada aumento de 1 punto, la probabilidad

de tener angustia disminuye un 12,6%, manteniendo fijas las demás variables. La probabilidad esperada de que las mujeres experimenten angustia es mayor en comparación con los hombres (la probabilidad de las mujeres es 2,76 veces mayor que la de los hombres), manteniendo constantes las demás variables. Las estimaciones obtenidas indican que la probabilidad esperada de que las personas con depresión experimenten malestar es mayor en relación a las que no presentan este síntoma (la probabilidad de que las personas con depresión sean 3,64 veces mayores en relación a las personas sin depresión), manteniéndose el resto de variables fijas.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo comprobar la existencia de diferencias en cuanto a síntomas y comorbilidades con respecto a la ansiedad, y que la ansiedad está más relacionada con la depresión que con la angustia. Con base en la primera hipótesis, se concluyó que los síntomas que más se relacionan con la ansiedad son: somatización BSI, miedos HAM-A, estado de ánimo deprimido HAM-A, síntomas gastrointestinales HAM-A y síntomas neurovegetativos HAM-A. Respecto a la segunda hipótesis, parece que de los 82 pacientes con depresión, el 87.2% tenía angustia, mientras que de los 69 pacientes con ansiedad, el 69.2% tenía angustia, lo que indica una mayor frecuencia de angustia entre los pacientes con depresión.

Respecto a la hipótesis de diferencias en síntomas y comorbilidades entre pacientes con distrés y pacientes sin distrés, podemos verificar que la experiencia de distrés se relaciona con síntomas somáticos que incluyen pensamientos y estados emocionales en conflicto y que provocan dolores en el cuerpo como dolores y dolores de cabeza, espalda y pecho, rigidez de las extremidades, taquicardia, entre otros. Entre los pacientes que experimentaron angustia, el dolor en el pecho fue el síntoma somático más frecuente. En cuanto a las variables HAM-A que mostraron significancia, se observó una relación significativa entre la variable HAM-A estado de ánimo deprimido y las variables HAM-A síntomas gastrointestinales y síntomas neurovegetativos HAM-A con respecto a la experiencia de

angustia. Otra variable del HAM-A que resultó significativa entre los pacientes con angustia y los pacientes sin angustia fue la variable miedos del HAM-A. Dado que los pacientes que informaron haber experimentado angustia se quejaron de dolor u opresión en la región del pecho, características principales de la angustia, el miedo en este contexto no es miedo a un objeto específico, como un animal, un entorno natural o una situación específica, sino más bien a la persona, miedo a morir debido a la experiencia de angustia.

Como sostiene Assumpção Júnior (1994, p. 17), la angustia está más relacionada con el miedo a la muerte súbita. En relación con los síntomas gastrointestinales y neurovegetativos que, junto con el síntoma del estado de ánimo deprimido que resultó significativo en el contexto de la experiencia de angustia, los primeros implican problemas relacionados con la angustia, a saber, sensación de ardor o acidez de estómago, sensación de plenitud abdominal, náuseas y vómitos. Mientras que entre los síntomas neurovegetativos, los problemas que más se relacionan con el malestar incluyen dolor, malestar, ardor, pesadez, opresión, hinchazón o distensión en un órgano específico, que en este caso es la región del pecho.

También se sometió la Escala de Ansiedad de Hamilton, basada en la aplicación de la TRI a la reducción de dimensionalidad para encontrar propiedades más interesantes que la simple suma de respuestas correctas y se concluyó que, después de seleccionar las variables HAM-A que están más relacionadas con la angustia, estas

parecen ser más significativas en comparación con la simple suma de respuestas correctas, lo que indica que, especialmente las variables HAM-A estado de ánimo deprimido, HAM-A miedos, HAM-A síntomas gastrointestinales y HAM-A síntomas neurovegetativos tienen importancia respecto de la experiencia de angustia. La mayor significancia de las variables de la Escala de Ansiedad de Hamilton, así como de la variable de somatización BSI, también se comprueba con la aplicación del modelo de regresión logística binomial, que sirve para seleccionar las variables independientes y predecir a qué grupo es más probable que pertenezca un paciente, en base a las variables independientes.

En cuanto a la segunda hipótesis, que se refiere a la mayor frecuencia de angustia entre los pacientes con depresión en comparación con los pacientes con ansiedad, esto puede comprobarse a partir de las declaraciones de los pacientes, que se refieren más a la depresión que a la ansiedad. La ansiedad es un sentimiento que provoca sensaciones corporales como opresión en el pecho en situaciones que ocurren en el momento presente, y la gran mayoría de los pacientes declararon haber experimentado angustia en momentos presentes, como soledad, muerte de familiares, divorcio, desempleo, alta carga de trabajo, dificultades para realizar una tarea, tristeza y pensamientos de suicidio, miedo e inseguridad, desesperanza, pérdida de control, problemas con el trabajo, diferencias familiares, desesperación, dificultad para llorar, enfermedades físicas, depresión, falta de control

emocional, noticias tristes, decepciones, bullying, rechazo de los padres, problemas políticos, sentimientos de opresión, crisis por enfermedades psiquiátricas, estrés, presión emocional, accidentes en la familia, entre otros.

Otro resultado que refuerza la relación entre angustia y depresión viene dado por el análisis comparativo de significancia, cuyo objetivo fue verificar qué variables son comunes entre angustia y depresión y entre angustia y ansiedad, encontrándose que entre angustia y depresión, las variables comunes fueron somatización BSI y síntomas neurovegetativos HAM-A, mientras que entre angustia y ansiedad solo fue común la variable miedo HAM-A. Este resultado refuerza la teoría de que la angustia está más relacionada con la depresión que con la ansiedad, ya que la angustia es un sentimiento que engloba manifestaciones somáticas, llegando a la conclusión de que es un sentimiento visceral y físico, mientras que la ansiedad es un sentimiento más psíquico. Con base en el modelo de regresión logística binomial, también se puede verificar la mayor significancia entre los pacientes con depresión en comparación con los pacientes con ansiedad respecto a la experiencia de angustia, en lo que se puede concluir que, luego de aplicar el modelo, los pacientes con depresión tienen 3.64 más probabilidades de experimentar angustia que los pacientes con ansiedad. Los relatos bíblicos también siguen la dirección de la relación entre angustia y depresión, ya que los personajes mencionados en la introducción de esta investigación experimentaron, además

de angustia, soledad, miedo, deseo de morir y sufrimiento psicológico, es decir, síntomas vinculados a depresión.

Otro resultado que indica una mayor relación entre angustia y depresión que entre angustia y ansiedad es el de género, en el que se encuentra que la angustia tiene mayor presencia en el sexo femenino, a pesar de que la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres. Sin embargo, a juzgar por la proporción de mujeres y hombres que experimentaron angustia, se puede concluir que la angustia ejerce mayor fuerza entre las mujeres. La relación entre la mayor prevalencia de angustia entre las mujeres y la depresión se justifica por la mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres, ya que los datos indican que las mujeres tienen el doble de depresión que los hombres e intentan suicidarse el doble. Según datos del Ministerio de Salud de Brasil, la depresión afecta al 14.7% de las mujeres, mientras que solo afecta al 7.3% de los hombres.

La ansiedad es la combinación de problemas emocionales y físicos que pueden llegar al límite de impedir al ser humano realizar las tareas diarias o provocar aislamiento. Es una sensación negativa que puede desencadenar muchos otros procesos psicológicos que también pueden llegar a ser físicos. Una crisis de ansiedad se manifiesta cuando la persona experimenta un sufrimiento profundo, provocado por una o más situaciones difíciles de superar. También puede ser consecuencia de otros trastornos psicológicos, como ansiedad, estrés o depresión. La ansiedad puede

entenderse como una serie de sensaciones que suceden al mismo tiempo: sensaciones físicas, como dificultad para respirar, mareos, presión en el pecho, taquicardia, y también sensaciones psicológicas, como pensamientos negativos, culpa, llanto, miedo, tristeza y ansiedad.

Caracterizada también por un fuerte sentimiento negativo que parece no tener fin, la angustia suele aparecer sin una causa aparente. Puede provocar síntomas físicos como opresión en el pecho, sensación de nudo en la garganta, peso en los hombros y nuca, tensión muscular, sensación de agujero en el estómago, entre otros. El sentimiento de angustia puede percibirse como un estado de depresión, intensificando aún más el dolor sentido y puede aumentar el riesgo de desarrollarlo. Esta angustia nos pone frente a nuestra propia existencia y al miedo, por lo que surge el reconocimiento de la libertad de nuestras elecciones. La ansiedad es una manifestación emocional perturbadora e incómoda que, por manifestarse a través de síntomas similares a otros problemas, suele confundirse con ansiedad, pánico, depresión y problemas cardíacos. Por tanto, es importante resaltar la relevancia que puede tener el concepto de ansiedad en el ámbito de HiTOP (Taxonomía Jerárquica de Psicopatología) y Rdoc (Research Domain Criteria). Para ello es necesario aclarar ambos sistemas de diagnóstico.

HiTOP comprende un nuevo sistema de clasificación dimensional para una amplia gama de problemas psiquiátricos que se ha desarrollado para reflejar evidencia

científica de vanguardia. El diagnóstico es importante porque define grupos de pacientes que recibirán tratamiento y asistencia pública. También lo utilizan las compañías farmacéuticas para desarrollar nuevos medicamentos y orienta los esfuerzos generales de investigación. La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se publicó en 2013 e inmediatamente dividió la opinión médica. El DSM-5 es una guía de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) sobre cómo diagnosticar los trastornos mentales. Tiene muchos críticos, incluido el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), que en respuesta ha producido un modelo alternativo para guiar los esfuerzos de investigación. Sin embargo, este enfoque también ha sido controvertido ya que se centra en gran medida en la neurobiología y mucho menos en la investigación de cuestiones importantes para la atención psiquiátrica cotidiana, como los síntomas y el curso de la enfermedad.

El sistema HiTOP se articuló para abordar las limitaciones que afectan actualmente a la psiquiatría. En primer lugar, el sistema propone ver la salud mental como un espectro. Los problemas de salud mental son difíciles de clasificar, ya que se encuentran en el continuo entre patología y normalidad. La aplicación de un umbral artificial para distinguir lo que es un comportamiento saludable de lo que es una enfermedad mental da como resultado, diagnósticos inestables porque un síntoma puede cambiar el diagnóstico de presente a ausente. También deja a un gran grupo de personas con síntomas que

no alcanzan el umbral sin tratamiento, aunque sufren un deterioro significativo. En segundo lugar, el sistema HiTOP simplifica la clasificación, ya que diferentes diagnósticos del DSM-5 coexisten con una frecuencia sorprendente, y la mayoría de los pacientes son etiquetados con más de un trastorno al mismo tiempo. Además, muchas categorías diagnósticas son tan complejas que a menudo dos pacientes con el mismo diagnóstico no comparten un solo síntoma en común. La solución HiTOP a estos problemas fundamentales es clasificar las dimensiones de la psicopatología en varios niveles de jerarquía. Esto permite a los médicos e investigadores centrarse en síntomas más detallados o evaluar problemas más amplios según sea necesario.

Por ejemplo, el trastorno de ansiedad social es una categoría en el DSM-5, mientras que el modelo HiTOP lo describe como una dimensión graduada, que va desde personas que experimentan una leve incomodidad en algunas situaciones sociales (por ejemplo, al dar una charla frente a una gran audiencia) para aquellos que tienen mucho miedo en la mayoría de las situaciones. El sistema HiTOP reconoce que los niveles clínicos de ansiedad social no son fundamentalmente diferentes del malestar social habitual. Tampoco trata la ansiedad social como un problema único, pero reconoce diferencias importantes entre los miedos interpersonales (p. ej., conocer gente nueva) y los miedos al desempeño (p. ej., actuar frente a una audiencia). Además, las personas con ansiedad social son propensas a otras ansiedades y depresión, y el modelo

HiTOP describe un amplio espectro llamado internalización que captura la gravedad general de dichos problemas.

Por lo tanto, si bien el nivel estrecho de jerarquía puede proporcionar buenos objetivos para tratamientos de síntomas específicos (por ejemplo, hablar en público), el nivel más alto de jerarquía es útil al diseñar paquetes de tratamiento integrales y desarrollar políticas de salud pública. A diferencia del DSM-5, el proyecto HiTOP sigue la evidencia científica más actualizada en lugar de depender de la opinión de expertos. HiTOP resume eficazmente información sobre vulnerabilidades genéticas compartidas, factores de riesgo ambientales y anomalías neurobiológicas. Por ejemplo, cada vez está más claro que los factores de riesgo genéticos no se ajustan a las categorías de diagnóstico; más bien, la investigación genética identifica factores de riesgo genéticos amplios que trascienden los diagnósticos y se alinean ampliamente con las dimensiones HiTOP (Kotov et al., 2017).

En cuanto a RDoC, consiste en un marco de investigación arraigado en la neurociencia con el objetivo de profundizar la comprensión de los sistemas bioconductuales transdiagnósticos que subyacen a la psicopatología y, en última instancia, informar las clasificaciones futuras. El marco bioconductual de RDoC puede ayudar a dilucidar los fundamentos de las dimensiones clínicas incluidas en HiTOP (Casey et al., 2013). La contribución de la angustia a los sistemas de diagnóstico HiTOP y RDoC puede basarse en

los resultados obtenidos de la investigación. Se concluye que la ansiedad está relacionada con síntomas neurovegetativos, lo que significa que las personas que experimentan ansiedad pueden presentar problemas que incluyen alteración del funcionamiento, hiper o hipo funcionamiento, como palpitaciones, sudoración, sofocos o fríos, temblores, así como por expresión de miedo y perturbación ante la posibilidad de una enfermedad física; síntomas gastrointestinales, y en este grupo de síntomas se incluyen problemas como dolor torácico, dolor abdominal crónico y recurrente, dispepsia, disfagia, sensación de nudo en la garganta, halitosis, hipo, náuseas y vómitos; síntomas cardiovasculares, que incluyen problemas como dolor o malestar en el centro del pecho, dificultad para respirar, sensación de malestar, sensación de desmayo, mareos, sudor frío, palidez; así como otros síntomas como la somatización; miedos y estado de ánimo deprimido.

El síntoma principal del malestar es la sensación de dolor o constricción en la región torácica que tiene un origen emocional. Tanto los resultados de la investigación como los datos históricos llevan a la conclusión de que la angustia comprende un preludio de la depresión, y que no está tan ligada a la ansiedad como se creía inicialmente, idea que se basó en la traducción de la palabra angustia a ansiedad. Así, la ansiedad es importante para la psicopatología debido a que los pacientes que experimentan la sensación también presentan problemas como dolor en el pecho y sensación de estrangulamiento o nudo en la garganta,

además de síntomas gastrointestinales, cardiovasculares y somáticos, miedo y estado de ánimo deprimido.

También es importante reflexionar sobre la importancia de la angustia. La ansiedad es una manifestación emocional perturbadora e incómoda, caracterizada por el miedo al final, la pérdida y el vacío, además del sentimiento de profunda impotencia. Sus principales síntomas son: respiración constreñida, asfixia en la garganta y el pecho, sensación de vacío, inquietud, dolor en la región del corazón y una ansiedad inconsciente de que algo malo va a pasar. La ansiedad tiene su importancia fundamental en el tema del autoconocimiento y el desarrollo de la inteligencia emocional, la vulnerabilidad, el descontrol y el arte de relacionarse con la vida, las personas y las situaciones cotidianas. Los seres humanos nacemos con la angustia de la separación de la madre, la pérdida de la seguridad y de un “regazo eterno” y morimos con la angustia de la separación de las personas, de la vida y de lo desconocido, es decir, la angustia es parte de la vida y es natural. Es saludable vivirlo, a pesar de las molestias.

La ansiedad se vuelve patológica cuando el sentimiento de miedo a la pérdida, la carencia y el fin se vuelve exagerado. Este miedo genera una profunda incredulidad en relación al afecto, a las nuevas experiencias, a la humanidad y al acto de existir y vivir la vida en un movimiento sano y fluido. Y tenemos miedo de actuar, miedo de seguir y avanzar hacia lo “nuevo”. La ansiedad desencadena el mecanismo: miedo (parálisis/malestar)

X deseo (agresión/placer). La ansiedad aporta claridad a las verdades inconscientes y nos revela patrones, posturas y pensamientos condicionados. Despierta emociones arraigadas en nuestra historia de vida que muchas veces se repiten. Es un instrumento fundamental para el autoconocimiento y el desarrollo humano. Y la mayoría de las veces, es el punto de partida de estados emocionales recurrentes y comportamientos automatizados. La ansiedad señala el “endurecimiento” de las emociones reprimidas que es necesario tomar conciencia y liberar.

Las investigaciones futuras también pueden estimular el análisis conceptual en las áreas de la psiquiatría, la psicología y otras áreas que se relacionan con la psicopatología, particularmente las neurociencias, ya que el uso de conceptos complejos en la investigación básica, sin su análisis previo, se vuelve estéril, lo que puede ser una de las causas de los escasos resultados en estudios en psicopatología/neurociencias. También se recomienda que las investigaciones se realicen con una base de datos más grande, así como utilizar estrategias más precisas para el diagnóstico de distrés que proporcionen mayor precisión en los análisis y mayor discriminación de grupos con y sin distrés y respectivos predictores.

El presente estudio adolece de algunas limitaciones. En primer lugar, el nivel socioeconómico o el origen étnico no se miden, pero hasta donde sabemos, no se han asociado previamente con la experiencia de angustia. En segundo lugar, se utilizó la versión portuguesa del

Inventario de Síntomas Psicopatológicos, en detrimento de la falta de validación de esa escala para la población brasileña.

En resumen, el presente estudio sugiere que las variables que más se relacionaron con la ansiedad fueron: género, puntuación HAM-A reducida, somatización BSI, hostilidad BSI, BSI, obsesión-compulsión, edad y depresión MINI. El análisis inferencial arrojó evidencia hacia la hipótesis principal de la investigación: “La depresión está más relacionada con la angustia que con la ansiedad”. Cabe destacar la selección de la variable MINI depresión mediante el método escalonado, la cual mostró una asociación significativa (a un nivel del 10%), con la interpretación de que las personas con depresión tienen más

probabilidades de experimentar malestar en comparación con las personas que no la tienen. depresión. Sin embargo, en la selección de las variables más asociadas con el malestar, ninguna variable relacionada con la ansiedad se asoció estadísticamente con el malestar, con excepción de los dominios de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Financiamiento

La presente investigación fue financiada por la Fundación CAPES.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Referencias

- Ackerman, J. (1995). Stories of Elijah and medieval Carmelite identity. *History of Religion*, 35(2), 124-147.
- Assumpção Júnior, F. B. (1994). Fenomenologia: a visão existencialista. En: R. Fráguas Júnior, *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos* (pp. 17-19). Lemos editorial.
- Besserman, L. L. (1979). *The legend of Job in the Middle Ages*. Harvard University Press.
- Boss, M. (1977). *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial* (2ª ed.). Duas Cidades.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) - Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. En M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305-330). Quarteto.
- Carrington, M. (2016). *Grant's Anguish*. Smashwords.
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., & Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Review of Neuroscience*, 14(11), 810-814.
- Feray, S., Lemoine, A., Aveline, C., & Quesnel, C. (2023). Pain management after thoracic surgery or chest trauma. *Minerva Anesthesiology*, 89(11), 1022-1033. <https://doi.org/10.23736/So375-9393.23.17291-9>
- Freud, S. (1893/1996). *Os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. 3. Imago.
- Gallani, M. C., Proulx-Belhumeur, A., Almeras, N., Despés, J. P., Doré, M., & Giguère J. F. (2020). Development and Validation of a Salt Food Frequency Questionnaire (FFQ-Na) and a Discretionary Salt Questionnaire (DSQ) for the Evaluation of Salt Intake among French-Canadian Population. *Nutrients*, 13(1), 105. <https://doi.org/10.3390/nu13010105>
- Gentil, V., & Gentil, M. (2009). Why anguish? *Journal of Psychopharmacology*, 1-2.
- Grant, M. (1977). *Jesus: An Historian's Review of the Gospels*. Scribner's.

- Green, B. (2005). *Jonah's Journeys*. Liturgical Press.
- Heidegger, M. (2006). *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude e solidão*. Forense Universitária.
- Kaur, G., Oliveira-Gomes, D., Rivera, F. B., Gulati, M. (2023). Chest Pain in Women: Considerations From the 2021 AHA/ACC Chest Pain Guideline. *Current Problems in Cardiology*. 48(7), 101697. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101697>
- Kierkegaard, S. A. (2017). *O conceito de angústia: Uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema dogmático do pecado hereditário*. Vozes.
- Kirsch J. (2000). *King David: the real life of the man who ruled Israel*. Ballantine.
- Knowles, K. A., Olatunki, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82, 101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach T. M., Althoff, R. R., Bagby, R.M., Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Kuhn, R. (2005). Psicofarmacologia e análise existencial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(2). <https://doi.org/10.1590/1415-47142005002003>
- Lewis, A. (1979). Problems presented by the ambiguous word 'anxiety' as used in psychopathology. En *The Later Papers of Sir Aubrey Lewis* (pp. 72-88). Oxford University Press.
- Longman, T. (2008). *Jeremiah, Lamentations*. Hendrickson.
- López-Ibor, J. (2007). Causas psiquiátricas del dolor torácico. En M. Diaz-Rubio, C. Macaya J. López-Ibor (Eds.), *Dolor Torácico Incierto*. Fundación Mutua Madrilená.
- Monteiro, A. C. (1972). *Antero de Quental poesia e prosa*. AGIR Editora.
- Nigosian, S. A. (1993). *Moses as They Saw Him*. *Vetus Testamentum*, 43(3), 339-350.
- Pessoa, F. (2020). *Obra Completa de Fernando Pessoa, V: Escritos sobre Arte e Literatura* (Edição Definitiva). Edição Kindle.

Sartre J. P. (1981). *Oeuvres Romanesques*. Gallimard.

Scaini, C. R., Vieira, I. S., Machado, R., Cardoso, T. A., Mondin, T., Souza, L., Molina, M. L., Jansen, K., & Silva, R. A. (2022). Immature defense mechanisms predict poor response to psychotherapy in major depressive patients with comorbid cluster B personality disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(5), 469-477.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Shehaan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.

Strachey, J. (1934). On the nature of therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127.

Recibido: 4 de abril de 2024

Revisado: 20 de setiembre de 2024

Aceptado: 6 de noviembre de 2024