

Fernando Filipe Paulos Vieira¹

Fernando Filipe Paulos Vieira.
Doutorando em Psicologia Clínica, pela Universidade de São Paulo. E-mail: fernando.paulos@usp.br

Francisco Lotufo Neto²

Francisco Lotufo Neto. Livre Docente e Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

UN ESTUDIO SOBRE EL CONCEPTO DE ANGUSTIA

UM ESTUDO SOBRE O CONCEITO DE ANGÚSTIA

RESUMEN

A lo largo de las últimas décadas se ha observado una confusión a la hora de 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 refieren esta experiencia, el sentimiento 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 ansiedad. trastornos. 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; ansiedad; depresión; dolor torácica.

RESUMO

Nas últimas décadas, foram observadas confusões nos conceitos de medo, pânico, ansiedade e angústia. A angústia, que se concentra nos acontecimentos presentes, é acompanhada por uma sensação de aperto ou dor na região torácica e, como muitos pacientes com transtornos afetivos e ansiosos relatam essa experiência, o sentimento de angústia tornou-se, assim, alvo de grande preocupação. clínica. O presente estudo investigou a existência de diferenças entre pacientes com angústia e pacientes sem angústia quanto à sintomatologia e comorbilidades, e se pacientes com diagnóstico de depressão e pacientes com transtorno de ansiedade apresentam mais angústia do que pacientes com diagnóstico de depressão que não possuem diagnóstico de depressão e transtornos de ansiedade. A investigação concluiu que a angústia está ligeiramente mais associada à depressão do que à ansiedade, sendo mais frequente no sexo feminino, e que as comorbilidades mais frequentes entre os pacientes com angústia são somatização, medos, humor depressivo, sintomas gastrointestinais e neurovegetativos.

PALAVRAS-CHAVE: Angústia; Ansiedade; Depressão; dor torácica.

INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos vitales negativos conducen en algunos casos a la experiencia de un malestar intenso que desencadena una sensación física de opresión, dolor u opresión en el pecho (GENTIL e GENTIL, 2009). La angustia en sí misma tiene una fuerte connotación, ya que quien experimenta el sentimiento podría describir la experiencia como agonía, aflicción, tormento, martirio, tortura (SZUHANY e OTTO, 2020). Así, la angustia puede definirse como un sentimiento que provoca malestar en

la región torácica que se traduce en sensaciones físicas o manifestaciones corporales como opresión, dolor, espada, agujero, asfixia o compresión en la región torácica (AMSTERDAM, LI, XIE e MAO, 2020).

El origen de la palabra angustia proviene del vocablo griego Angor, que en latín derivó Angustus que significa estrechamiento; del indogermánico 'angh' que significa apretado, dolorosamente contraída; del antiguo egipcio 'anj', 'ankh' o 'ank' que significa cruz ansata o cruz egipcia y que da lugar a 'angor' que, a su vez, da la noción de estrechamiento (FERAY, LEMOINE, AVELINE e QUESNEL, 2023). Otros idiomas aluden al término angustia, como es el caso de la palabra japonesa '苦痛, 心配, ストレス' (mune no kurushimi) que significa alteración o sufrimiento en el pecho; de la palabra hebrea 'zar' (KAUR, OLIVEIRA-GOMES, RIVERA e GULATI, 2023) que se refiere a un fuerte sentimiento de opresión y sufrimiento; de la palabra alemana "enge/druck auf der brust"; 'oppressionsgefühl' que tiene el significado de opresión; y la palabra húngara "aggodalom", cuyo significado es preocupación o miedo exacerbados. La palabra 'enge', que tiene el significado de estrechez, tiene su origen en los anglos (en alemán: angeln, que significa "pez" (BURSTEIN WALDMAN e OWENS, 2021); en inglés: englas; en latín: angulus (singular) o angulii (plural) se registró por primera vez en latín (anglii) en el libro Germanica de Publius Cornelio Tácitus, en el siglo I. El nombre deriva de un topónimo de la antigua palabra alemana 'anguz', ("eng" en actual Alemán) que significa "estrecho" o "angular".

Cuando Freud introdujo la palabra angustia, Strachey la tradujo como ansiedad (MAGNON, DUTHEIL e VALLET, 2021). 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 "angustia" también tendría un significado común en el uso cotidiano, con sólo una conexión remota con cualquiera de los usos de la palabra alemana 'angst' y que sería "poco práctico" establecer un único término inglés como traducción. excluyente, pero que existiría un uso ya establecido por la psiquiatría que justificaría la elección del término "ansiedad" (LIU, LIU, MA e CHEN, 2022).

A lo largo de las últimas décadas se ha observado una confusión conceptual en el abordaje de conceptos como miedo, pánico, ansiedad y angustia (WONG E CHOI, 2023). 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 angustia se convirtió así en el blanco de una gran preocupación clínica (DONG, ZHANG, CHEN e LUO, 2023). Esta investigación tuvo dos objetivos: el primero consistió en verificar diferencias en sintomatología y comorbilidades en relación a la experiencia de angustia, y el segundo comprendió encontrar que la angustia está más relacionada con la depresión que con la ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo 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 recopilar información respecto de las variables demográficas y socioculturales de los participantes, a saber, Edad (años), Género (Masculino, Femenino, Otro); Nivel de educación (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)

El Inventario de Síntomas Psicopatológicos se refiere a la adaptación portuguesa del BSI – Inventario Breve de Síntomas de L. Derogatis. Este inventario evalúa síntomas psicopatológicos relacionados con nueve dimensiones diferentes y culmina en una evaluación resumida que consta de tres Índices Globales (CANAVARRO, 2007). Las nueve dimensiones fueron descritas por Derogatis (1982, cit. en Canavarro, 2007) de la siguiente manera: Somatización: incluye los ítems 2, 7, 23, 29, 30, 33 y 37; Obsesiones-Compulsiones: incluye los ítems 5, 15, 26, 27, 32, 36; Sensibilidad interpersonal: incluye los ítems 20, 21, 22 y 42; Depresión: incluye los ítems 9, 16, 17, 18, 35, 50; Ansiedad: incluye los ítems 1, 12, 19, 38, 45, 49; Hostilidad: incluye los ítems 6, 13, 40, 41 y 46; Ansiedad Fóbica: incluye los ítems 8, 28, 31, 43 y 47; Ideación Paranoica: incluye los ítems 3, 14, 34, 44 y 53; Psicoticismo: 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 enfrentan el conflicto (GALLANI, PROULX-BELHUMEUR, ALMERAS, DESPRÉS, DORÉ e GIGUÈRE, 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, VIEIRA, MACHADO, CARDOSO, MONDIN, SOUZA, MOLINA, JANSEN e SILVA, 2022).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La HADS se divide en dos subescalas: la subescala de ansiedad (tensión o contracción, miedo, preocupación, dificultades para relajarse, mariposas u opresión en el estómago, inquietud, pánico) – HADS-A y la depresión subescala (anhedonia, dificultad para encontrar el humor al ver cosas divertidas, tristeza profunda, lentitud para pensar y realizar tareas, pérdida de interés en cuidar la propia apariencia, desesperanza, falta de placer al ver programas de televisión, radio o leer algo) – HADS- D. Ambos contienen siete ítems intercalados entre preguntas referentes a la ansiedad y la depresión. Los factores y sus ítems correspondientes se muestran a continuación: Síntomas de ansiedad: ítems: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Síntomas de depresión: ítems: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Todos los ítems se clasifican en una escala de 4 puntos que va 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: 0-7, normal; 8-10, ligero; 11-14, moderado; 15-21, grave. 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)

La HAM-A contiene catorce ítems distribuidos en dos grupos, el primer grupo con siete ítems relacionados con síntomas del 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 a lo largo del tiempo, se limitan a un momento o situación particular, y los individuos con ansiedad estatal tienden a volverse ansiosos sólo en situaciones particulares (KNOWLES e OLATUNJI, 2020). Se caracteriza por sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos conscientemente, y pueden variar en intensidad, según el peligro percibido por la persona y el 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)

El MINI (SHEEHAN et al., 1998) 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 15-30 minutos de duración, compatible con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y ICD-1016 (diferentes versiones), que pueden ser utilizados por los médicos después de un entrenamiento rápido (de 1h a 3h). 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. Se desarrollaron dos versiones del MINI para responder a los objetivos de diagnóstico específicos de diferentes contextos de uso: 1) destinado principalmente a su uso en atención primaria y ensayos clínicos, el MINI comprende 19 módulos que exploran 17 trastornos del eje I del DSM-IV, el suicidio Riesgo y trastorno de personalidad antisocial.

TRÁMITES

Mientras esperaban la atención, los pacientes fueron invitados a participar de la investigación, 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 Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM -A) y la 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 estaban experimentando angustia o no.

ANÁLISIS DE DATOS

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R Studio. El análisis estadístico comprendió dos fases: análisis descriptivo y análisis inferencial. En el ámbito del análisis descriptivo, el primer paso consistió en comparar los grupos con y sin distrés con variables numéricas y categóricas. La segunda etapa consistió en examinar las variables de los cuestionarios. En la tercera etapa se realizó un análisis de correspondencias para investigar visualmente posibles asociaciones entre angustia, depresión y ansiedad. La cuarta etapa incluyó la comparación de los síntomas de ansiedad y depresión más asociados con la angustia. La quinta etapa del análisis descriptivo se centró en un análisis de sensibilidad, que consistió en reubicar el grupo de duda al grupo de angustia para investigar cambios en las interpretaciones de los

resultados de la comparación de la variable angustia con el MINI Ansiedad y el MINI Depresión. El análisis inferencial constó de dos etapas. La primera etapa se centró en reducir el tamaño de algunos cuestionarios y construir variables latentes más discriminativas en relación con grupos con y sin distrés. En la segunda etapa se identificaron las variables con mayor poder predictivo de malestar.

RESULTADOS Y DISCUSSION

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 distrés y sin distrés en cuanto a variables numéricas y categóricas.

A partir del examen de las variables de los cuestionarios se observó que la ansiedad afecta más a las mujeres que a los hombres. El nivel descriptivo de la prueba Chi-Cuadrado ($p=0,041$) también contribuye para la evidencia de esa asociación entre ansiedad y género. En cuanto al nivel de escolaridad, hubo indicación de diferencia entre los grupos ($p = 0,048$), 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 distrés fue mayor, además, el valor de p de la prueba de Wilcoxon Mann Whitney fue significativo ($p = 0,020$). Respecto al HAM-A, las variables miedos, estado de ánimo depresivo, síntomas gastrointestinales y síntomas neurovegetativos mostraron diferencias significativas para la variable angustia (nivel de significancia individual, α de Cronbach de 0,05), siendo el grupo con angustia el que presentó valores más altos. de puntuación.

También se llevó a cabo un análisis para comparar los síntomas de ansiedad y depresión (utilizando el MINI como diagnóstico) más asociados con el malestar para descubrir qué síntomas tienen en común ambos trastornos con el malestar. 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 HAM-A miedos.

Table 1. Table comparing the significance (Wilcoxon Mann Whitney test) of the symptoms and defense mechanisms of anguish with those of anxiety and depression

Variable	Anguish (P-Value)	Anxiety (P-Value)	Depression (P-Value)
BSI Somatization	0,02 *	0,826	0,001*
BSI Obsession-Compulsion	0,926	0,02 *	0,001*
BSI Interpersonal Sensivity	0,828	0,023 *	0,008*
BSI Depression	0,724	0,407	0,001*
BSI Anxiety	0,72	0,032 *	<0,001*
BSI Hostility	0,571	0,208	<0,001*
BSI Phobic Anxiety	0,684	0,024*	0,001*
BSI Paranoid Ideation	0,621	0,321	0,001*
BSI Psicoticism	0,71	0,126	0,004*
DSQ Passive Agression	0,341	0,069	0,049*
DSQ Acting Out	0,775	0,313	0,019*
DSQ Dissociation	0,539	0,002*	0,949
DSQ Somatization	0,693	0,015*	0,04*
HADS Anxiety	0,828	0,03*	0,015*
HADS Depression	0,504	0,224	0,005*
IDATE Feature	0,761	0,002*	0,002*
HAM-A Total Score	0,129	0,065	0,003*

Table 2. Comparative table of the significance (Chi-square test) of symptoms and defense mechanisms of anguish with those of anxiety and depression

Variable	Anguish (P-Value)	Anxiety (P-Value)	Depression (P-Value)
HAM-A Anxious Mood	0,953	0,054*	0,625
HAM-A Tension	0,417	0,15	0,043*
HAM-A Fears	0,003*	0,03*	0,184
HAM-A Depressive Mood	0,049*	0,231	0,084
HAM-A Respiratory Symptoms	0,323	0,132	0,029*
HAM-A Gastrointestinal Symptoms	0,025*	0,444	0,946
HAM-A Neurovegetative Symptoms	0,018*	0,494	0,023*
MINI Depression	0,305	0,28	-
MINI Anxiety	> 0,999	-	0,28
MINI Other Diagnostic	0,228	> 0,999	0,588

También se realizó un análisis de sensibilidad, reasignando el grupo de duda como ansioso, 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 IRT. La primera (Puntuación TRI de Hamilton) se aplicó a las 13 variables, la segunda (Puntuación TRI de Hamilton reducida) se aplicó solo 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 depresivo 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 los dos métodos es clara, en la que la TRI demostró ser superior a la suma simple en términos de grupos discriminatorios de poder. 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 con y sin angustia.

Table 3. Wilcoxon-Mann Whitney test of scores created for the HAM-A and DSQ questionnaires

Variable	P-Value
Score HAM-A Sum	0,129
Score HAM-A IRT	0,034
Score HAM-A Sum Reduced	0,028
Score HAM-A IRT Reduced	0,004
Score DSQ Mature Sum	0,361
Score DSQ Mature IRT	0,361
Score DSQ Imature Sum	0,448
Score DSQ Imature IRT	0,572
Score DSQ Neurotic Sum	0,613
Score DSQ Neurotic IRT	0,709

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 se definió como variable respuesta (dependiente) tener o no angustia dependiendo de muchas variables independientes consideradas en el estudio. El modelo se ajustó, por tanto, al grupo sin duda, para 85 observaciones, siendo la variable malestar la variable respuesta y las siguientes 23 variables explicativas: puntaje TRI maduro DSQ-40; puntuación inmadura del DSQ-40 TRI; Puntuación TRI neurótica DSQ-40; puntuación reducida de Hamilton TRI; IDATE Estado; IDATE Rasgo; Depresión MINI; ansiedad MINI; MINI otro diagnóstico; somatización BSI; compulsión obsesión 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 de escolaridad; 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 posibilidades de tener angustia; con cada aumento de un punto en este dominio, la probabilidad de angustia aumenta en un 9,4%, manteniendo fijas las otras variables. Un aumento de 1 año en la edad reduce la probabilidad esperada de experimentar angustia en un 4,6%, manteniendo constantes otras variables. Cuanto mayor sea el puntaje HAM-A, mayor será 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 otras variables del 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 otras variables. Para BSI Obsession Compulsion, con cada aumento de 1 punto, la probabilidad de tener angustia disminuye en 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), considerando otras variables constantes. Las estimaciones obtenidas indican que la probabilidad esperada de que las personas con depresión experimenten malestar es mayor en relación a aquellas 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 fijas el resto de variables.

Table 4. Estimates of the coefficients of the Logistic Regression model

Parameters	Estimate	Standard Error	P-Value
Intercept	2,7809	1,359	0,041
MINI Depression (Ref.- Without depression)	1,294	0,773	0,094
BSI Somatization	0,090	0,052	0,086
Age	-0,044	0,018	0,013
Score HAM-A IRT Reduced	1,047	0,419	0,013
BSI Hostility	-0,143	0,067	0,033
BSI Obsession Compulsion	-0,118	0,065	0,070
Gender (Ref.- Masculine)	1,016	0,586	0,083

Table 5. Odds ratios of the logistic regression model with respective 95% confidence intervals

Variable	Reference	Estimate (RC)	Trust (95%)
MINI	Don't have depression	3,640	[0,843 ; 18,363]
BSI Somatization	1 point increase	1,094	[0,989 ; 1,219]
Age	1 point increase	0,956	[0,921 ; 0,989]
Score HAM-A IRT Reduced	1 point increase	2,849	[1,297 ; 6,856]
BSI Hostility	1 point increase	0,866	[0,753 ; 0,982]
BSI Obsession Compulsion	1 point increase	0,888	[0,776 ; 1,001]
Gender	Male	2,763	[0,897 ; 9,165]

Los principales objetivos de esta investigación fueron comprobar las hipótesis de que existen diferencias en la sintomatología y comorbilidades respecto a la experiencia de angustia, y que la angustia está más ligada a la depresión que a la ansiedad. 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 de la Escala de Ansiedad de Hamilton que mostraron significancia, se observó relación significativa entre la variable HAM-A estado de ánimo deprimido y las variables HAM-A síntomas gastrointestinales y HAM-A síntomas neurovegetativos con respecto a la experiencia de angustia. Otra variable de la Escala de Ansiedad de Hamilton que resultó significativa entre pacientes con ansiedad y pacientes sin ansiedad fue la variable miedo HAM-A. Dado que los pacientes que informaron haber experimentado ansiedad se quejaron de dolor u opresión en la región del pecho, características principales de la ansiedad, 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 al miedo a morir debido a la experiencia de angustia. La ansiedad 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, 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 Teoría de Respuesta al Ítem a la reducción de dimensionalidad para encontrar propiedades más interesantes que la simple suma de respuestas correctas y se concluyó que, después de la reducción de dimensionalidad, es decir, 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. .basado en 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 relacionados con el trabajo, diferencias familiares, desesperación, dificultad para llorar, enfermedades físicas, depresión, viajes, falta de bienestar emocional. control, 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, en el cual se encontró 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 a los hombres les afecta el 7,3%.

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. “Y todo lo que resistimos, persiste”.

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 la relacionada con 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 traslacionales 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 una 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.

CONSIDERACIONES FINALES

Las variables que más relaciones mostraron con la ansiedad son las siguientes: Género, Puntuación HAM-A Reducida, Somatización BSI, Hostilidad BSI, Obsesión Compulsión BSI, Edad y Depresión MINI.

El análisis inferencial mostró evidencia hacia la hipótesis principal del estudio: “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, a excepción de los dominios del cuestionario HAM-A.

Se recomiendan estudios futuros con una base de datos más grande así como una estrategia más precisa para diagnosticar el distrés, lo que podría aportar mayor precisión a los análisis y permitir una mayor discriminación de los grupos con y sin distrés y sus predictores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMSTERDAM JD, LI QS, XIE SX, MAO JJ. Putative Antidepressant Effect of Chamomile (*Matricaria chamomilla* L.) Oral Extract in Subjects with Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *J Altern Complement Med.*, 26(9):813-819, 2020.

BURSTEIN WALDMAN C, OWENS A. A plain language summary of the EXPLORER-HCM study: mavacamten for obstructive hypertrophic cardiomyopathy. *Future Cardiol.*, 17(7):1269-1275, 2021.

CANAVARRO, M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) - Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305–330). Coimbra: Quarteto, 2007.

DONG Y, ZHANG L, CHEN LW, LUO ZR. Music therapy for pain and anxiety in patients after cardiac valve replacement: a randomized controlled clinical trial. *BMC Cardiovasc Disord.*, 23(1):32, 2023.

FERAY S, LEMOINE A, AVELINE C, QUESNEL C. Pain management after thoracic surgery or chest trauma. *Minerva Anesthesiol.*, 89(11):1022-1033, 2023.

GALLANI MC, PROULX-BELHUMEUR A, ALMERAS N, DESPRÉS JP, DORÉ M GIGUÈRE JF. 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, 2020.

GENTIL, V.; GENTIL, M. Why anguish? *Journal of Psychopharmacology* 0(00): 1-2, 2009.

KAUR G, OLIVEIRA-GOMES D, RIVERA FB, GULATI M. Chest Pain in Women: Considerations From the 2021 AHA/ACC Chest Pain Guideline. *Curr Probl Cardiol.*, 48(7):101697, 2023.

KNOWLES KA, OLANTUNJI BO. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clin Psychol Rev.*, 82:101928, 2020.

LIU W, LIU J, MA L, CHEN J. Effect of mindfulness yoga on anxiety and depression in early breast cancer patients received adjuvant chemotherapy: a randomized clinical trial. *J Cancer Res Clin Oncol.*, 148(9):2549-2560, 2022.

MAGNON V, DUTHEIL F, VALLET GT. Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. *Sci Rep.*, 11(1):19267, 2021.

SCAINI CR, VIEIRA IS, MACHADO R, CARDOSO TA, MONDIN T, SOUZA L, MOLINA ML, JANSEN K, SILVA RA. Immature defense mechanisms predict poor response to psychotherapy in major depressive patients with comorbid cluster B personality disorder. *Braz J Psychiatry*, 44(5):469-477, 2022.

SHEEHAN, D.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; HERGUETA, T.; BAKER, R.; DUNBAR, G. (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59, Suppl 20:22-33, 1998.

SZUHANY KL, OTTO MW. Assessing BDNF as a mediator of the effects of exercise on depression. *J Psychiatr Res.*, 123:114-118, 2020.

WONG CL, CHOI KC. Effects of an Immersive Virtual Reality Intervention on Pain and Anxiety Among Pediatric Patients Undergoing Venipuncture: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.*, 6(2):e230001, 2023.

Recebido em: 20-04-2023

Aceito em: 28-11-2023