

ARTICULO

Los rasgos de personalidad y su relación con las enfermedades ulceropépticas

Laura B. Barrios Di Pascuale¹, Harold Guevara Rivas², Joana M. Gómez Cabaña¹, Stefania Di Pascuale Casalena³

¹ Universidad Arturo Michelena. Licenciatura en Psicología Clínica. Valencia, Venezuela.

² Departamento de Salud Pública. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

³ Departamento de Ciencias Fisiológicas. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela

Correspondencia: Laura B. Barrios

E-mail: laura_dipascuale@hotmail.com

Recibido: Julio 2010 **Aceptado:** Diciembre 2010

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe relación entre los rasgos de personalidad y las enfermedades ulceropépticas EUP. **Pacientes y métodos:** Estudio correlacional, de campo y aplicado, llevado a cabo en el Estado Carabobo. Se realizó un muestreo intencional conformado por 85 pacientes diagnosticados con alguna EUP, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Análisis Clínico CAQ. Se establecieron asociaciones entre las variables utilizando la correlación de Spearman, Chi cuadrado y *t* de student **Resultados:** Se encontró que la EUP más común fue la gastritis aguda, única que tuvo una asociación estadísticamente significativa con la depresión de baja energía en comparación con los sujetos con otras EUP. La muestra reflejó rasgos depresivos, hipocondríacos, de depresión suicida, depresión de baja energía, depresión-agitación, apatía-retirada, paranoia y esquizofrenia. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. Al comparar los resultados de cada rasgo evaluado por el CAQ en los pacientes con EUP y en la muestra de población sana se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ entre ambos grupos, en tanto que los primeros obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas de lo que se espera en sujetos sanos para la mayoría de los rasgos de personalidad. **Conclusión:** Los sujetos con EUP estudiados muestran fuertes rasgos depresivos de personalidad que pudieran tener influencia sobre la aparición y evolución de su patología médica.

Palabras clave: Rasgos de personalidad, enfermedades ulceropépticas, CAQ.

ABSTRACT

Personality traits and its relation with peptic ulcer disease

Objective: To determine the relationship between personality traits and peptic ulcer disease PUD. **Patients and methods:** A correlational applied field study was carried out in Carabobo State. A deliberate sampling was chosen consisting of 85 patients diagnosed with any form of PUD, to whom a clinical analysis questionnaire CAQ was applied. Relationship between variables was established using Spearman correlation, Chi square and *t* student. **Results:** The most common PUD was acute gastritis, the only one showing a statistically significant association with low energy depression in comparison with subjects with other types of PUD. The sample reflected traits of depression, hypochondria, suicidal depression, low-energy depression, depression-agitation, apathy-withdrawal, paranoia, and schizophrenia. There were no statistically significant gender differences. When comparing the results of each personality trait evaluated by the CAQ in the PUD-patient group with the healthy population, statistically significant differences, $p < 0.05$, were observed between both groups, since the first group obtained much higher scores than the expected in healthy subjects. **Conclusion:** The studied PUD subjects showed strong depressive personality traits that could influence the emergence and evolution of their medical pathology.

Key words: Personality traits, peptic ulcer disease, CAQ

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo antepasado ya Sigmund Freud, entre otros pioneros de la psicología y la medicina, relacionaba las enfermedades del cuerpo con los acontecimientos de la psique, explicando que tales patologías biológicas eran, de hecho, consecuencias de afecciones o patologías psicológicas (1.) Con el transcurso de los años esta hipótesis sólo se ha reafirmado una y otra vez, haciéndose en cada ocasión con estudios más especializados y puntuales. En este sentido, se sabe que uno de los primeros sistemas del organismo humano en ser afectado por las condiciones psicológicas es el sistema digestivo, en tanto que es considerado como uno de los más débiles o vulnerables, además del sistema inmunológico y del endocrino (2)

Las enfermedades ulceropépticas EUP involucran todo el funcionamiento patológico que pueda existir desde la unión gastroesofágica hasta la tercera porción del duodeno, pasando por el estómago, y se manifiestan como gastritis, úlceras gástricas, úlceras duodenales o reflujo gastroesofágico, entre otras. Para el año 2007 la prevalencia media de las EUP fue de un 10% de la población mundial (3); tal porcentaje se encuentra en aumento en el transcurso de los últimos años.

La etiología médica de éstas patologías puede ser variable: desde malos hábitos alimenticios y tabaquismo hasta estilos de vida que repercuten en el estrés (4), siendo éste último un factor que se ha relacionado con la aparición

de enfermedades psicosomáticas que, si no son tratadas a tiempo, suelen transformarse en condiciones médicas de seriedad (5)

Es de resaltar que los estilos de vida, determinados por las características de la personalidad, influyen de manera significativa en la aparición de las EUP. Por su parte, la personalidad está definida por todas aquellas costumbres y patrones de conducta que adopta un ser humano desde temprana edad y que mantiene durante toda o gran parte de su vida, y que le diferencian de los demás. En este sentido, Larsen (6) proporciona la siguiente definición de personalidad: *“es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”*. Debe tomarse en cuenta que los rasgos de personalidad se constituyen en trastorno de personalidad sólo cuando son rígidos y desadaptativos, y provocando malestar subjetivo o alteraciones significativas en la funcionalidad del sujeto (7.)

Los rasgos de personalidad, cuando se presentan de forma muy marcada e inflexible, no sólo afectan el bienestar psicológico de un ser humano, sino que pueden llegar a provocar enfermedades psicosomáticas de gran relevancia para la salud física de un individuo. En base a esto, Hay (8) comenta: *“Cuando el cáncer, o cualquier otra enfermedad, reaparece no creo que se deba a que el médico ‘no quitó todo’, sino más bien a que el paciente no ha hecho ningún cambio mental y por consiguiente vuelve a crear la misma enfermedad”*

A través de un estudio realizado en el Centro Médico de Boston se demostró que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presentan múltiples comorbilidades médicas como las condiciones de dolor crónico y enfermedades gastrointestinales (9.)

Otra investigación realizada en Florida, EU, afirmó que el estrés suele considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades gastrointestinales, concluyendo que diversos tipos de estrés pueden desempeñar un papel en la aparición modular de la EUP aguda o crónica (10)

Además, en una publicación sobre el estado mental de pacientes con úlcera duodenal se concluyó: a) de 100 niños con úlcera duodenal, la mayoría presentaba problemas de sobreprotección, descuido o disfunciones familiares; b) con el cuestionario de personalidad de Geissen “EGO” se confirmó la aparición frecuente de características emotivas e histéricas con conductas de tipo inflexibles; c) demostración experimental de que los trastornos de origen psicosomático se concentran en trastornos de los órganos digestivos y el tracto gastrointestinal, estas últimas relacionadas al manejo del estrés; d) entre las manifestaciones psicopatológicas, se impuso la depresiva en la mayoría de los casos; e) la psicoterapia gestáltica tuvo una alta eficiencia en el tratamiento de las úlceras duodenales en pacientes con desordenes psicopatológicos a nivel neurótico (11).

A pesar de la evidencia teórica y empírica reportada en latitudes diferentes a la de nuestro país, en la revisión bibliográfica realizada no se consiguieron

antecedentes nacionales ni regionales en los que se investigara acerca de la relación entre los rasgos de la personalidad y la presencia de EUP, por lo cual se consideró relevante emprender este estudio para sistematizar una información importante para la toma de decisiones acertadas en el manejo de estos pacientes.

El propósito de la presente investigación consistió en estimar las posibles relaciones entre los rasgos de personalidad y las EUP en sujetos que asistieron a consultas de gastroenterología de tres centros médicos privados en el estado Carabobo.

Una limitación importante estuvo representada por la no consideración del nivel socioeconómico como una variable interviniente de relevancia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de campo, correlacional y aplicada. La población estuvo constituida por pacientes diagnosticados con alguna EUP que asistieron a consulta de gastroenterología en tres centros médicos privados ubicados en el Estado Carabobo, Venezuela, durante los meses de octubre de 2009 a marzo de 2010.

La muestra la conformaron 85 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 68 años. Al estudiar en conjunto con el médico tratante la historia clínica de gastroenterología se obtuvo el diagnóstico de cada paciente, todo ello con previa autorización mediante firma de una carta de consentimiento informado y aprobación por los Comités de Bioética de los respectivos centros privados.

Se les aplicó el Cuestionario de Análisis Clínico CAQ contentivo de 144 preguntas, en función de evaluar los 12 rasgos de personalidad descritos por Krug 12 cada uno a través de 12 preguntas para las cuales el lector debía decidir entre 3 alternativas de respuesta. El CAQ fue autoaplicado de manera voluntaria, y en él se especificó la preservación del anonimato. Tal instrumento permitió evaluar los 12 rasgos de personalidad; 7 referentes a la depresión: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión de baja energía, culpabilidad-resentimiento y apatía-retirada; y 5 referentes a otros rasgos de personalidad: paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico. Las puntuaciones en cada rasgo se transformaron en decatipos del 1 al 10. Los valores "normales" o "sanos" son representados por las puntuaciones entre 5 y 6, los valores 4 y 7 representan una pequeña desviación, las puntuaciones 2, 3, 8 y 9 una gran desviación y 1 y 10 son valores extremos, entendiéndose que 10 indica una presencia excesiva y patológica del rasgo correspondiente. Dicho cuestionario cuenta con una validez y confiabilidad bastante altas. 12 Tabla 1.

Tabla 1 Validez y confiabilidad de CAQ 12

Decatipos	Confiabilidad			Validez			
	Originales ^a	Españoles ^b		Originales ^a	Españoles ^b		
	Test-retest ^c	Coef. Alfa ^d	Atracción	Validez	Homogeneidad	Confiabilidad	Validez ^e
D1	0,85	0,49	0,10	0,86	0,30	0,60	0,68
D2	0,74	0,50	0,06	0,59	0,31	0,73	0,64
D3	0,85	0,16	0,63	0,71	0,21	0,21	0,09
D4	0,73	0,54	0,20	0,75	0,34	0,48	0,53
D5	0,75	0,64	0,14	0,67	0,40	0,64	0,72
D6	0,71	0,72	0,26	0,65	0,40	0,50	0,54
D7	0,67	0,45	0,12	0,60	0,30	0,47	0,48
Pa	0,86	0,60	0,18	0,80	0,34	0,36	0,54
Pp	0,84	0,42	0,66	0,45	0,29	0,36	0,32
Sc	0,90	0,51	0,13	0,84	0,31	0,61	0,62
As	0,75	0,44	0,44	0,78	0,28	0,30	0,40
Ps	0,84	0,67	0,15	0,73	0,38	0,64	0,72
Depresión	0,95			0,95			
Psicosis	0,95			0,83			
Neurosis	0,85			0,71			

Fuente: Krug S. Normas de Interpretación. En: CAQ Cuestionario de Análisis Clínico. Manual. 4ta ed. Madrid: TEA ediciones S.A.; 1998. p. 13-17.

D1. Hipocondriasis, D2. Depresión suicida, D3. Agitación, D4. Depresión ansiosa, D5. Depresión baja Energía, D6. Culpa – resentimiento, D7. Apatía – retirada, Pa. Paranoia, Pp. Desviación psicopática, Sc. Esquizofrenia, As. Psicastenia, Ps. Desajuste psicológico

^a Originales: El CAQ fue construido en inglés por Krug. Los datos hacen referencia a la validez y confiabilidad del cuestionario en su aplicación a sujetos de habla inglesa.

^b Españoles: Hace referencia a la validez y confiabilidad de la adaptación castellana del CAQ aplicado a sujetos de habla hispana.

^c Test-retest: Confiabilidad del CAQ al aplicarlo dos veces con un intervalo de tiempo determinado a un mismo grupo de sujetos.

^d Coeficiente Alfa: Medida de la confiabilidad del CAQ, siendo 1 su valor óptimo.

^e Validez. Capacidad del instrumento para medir aquello que con él se pretende medir 12,14.

Para el procesamiento estadístico de las variables se utilizó el programa SPSS, versión 12,0 para Windows, en donde se presenta la información en cuadros y gráficos de distribución de frecuencias y de asociación, y se calculan frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. De igual manera, se corroboró el ajuste de la variable edad a la distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se le calculó media y distribución estándar. Finalmente, para buscar asociaciones entre las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi Cuadrado χ^2 con un grado de libertad. Para comparar las medias se utilizó la prueba *t* de Student, y para buscar correlaciones, el coeficiente de correlación por rangos de Spearman ρ , 13, 14 con un 95% de confianza $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 85 pacientes de consultas gastroenterológicas del estado Carabobo de los cuales 63 74,1% eran del sexo femenino. La edad promedio fue de 34,41 años \pm 12,4 años, siendo la mínima de 18 años y la máxima de 68 años. Entre ellos, 36 pacientes padecían gastritis aguda 42,4%, seguida de 23 sujetos con gastritis crónica 27,1%, 11 con reflujo y duodenitis 12,9%, respectivamente, 3 con úlcera duodenal 3,5% y sólo uno con úlcera gástrica 1,2%.

Por otra parte las puntuaciones fueron bastante altas superiores a 6 puntos, para la mayoría de los decatipos: Para el rasgo de hipocondriasis. 66 sujetos 78,8% obtuvieron puntuaciones altas, al igual que 69 sujetos 81,2% en los rasgos de depresión suicida, 60 sujetos 70,6% en depresión ansiosa, 54 63,5% en depresión de baja energía, 60 70,6% en apatía- retirada, 65 76,5% en paranoia, 54 63,5% en esquizofrenia y 44 51,8% en desajuste psicológico. Las tendencias hacia puntuaciones bajas inferiores a 5 pts. se observaron en los rasgos de: agitación, con 74 sujetos 87%, culpabilidad-resentimiento, con 59 sujetos 69,4%, desviación psicopática, con 80 sujetos 94,1%, y psicastenia con 61 sujetos 71,8%.

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman ρ a los puntajes alcanzados en la escala aplicada para cada una de las dimensiones estudiadas, se consiguieron correlaciones positivas medias y estadísticamente significativas entre: hipocondriasis y depresión de baja energía $\rho = 0,509$; $p < 0,001$, hipocondriasis y depresión suicida $\rho = 0,506$; $p < 0,001$, desajuste psicológico y esquizofrenia $\rho = 0,504$; $p < 0,001$; de igual manera, hubo correlaciones débiles y estadísticamente significativas entre: esquizofrenia y paranoia $\rho = 0,474$; $p < 0,001$, depresión de baja energía y depresión suicida $\rho = 0,465$; $p < 0,001$, paranoia y apatía $\rho = 0,444$; $p < 0,001$, culpabilidad-resentimiento y depresión de baja energía $\rho = 0,426$; $p < 0,001$, agitación y depresión suicida $\rho = 0,364$; $p = 0,001$, hipocondriasis y depresión ansiosa $\rho = 0,335$; $p = 0,002$, y culpabilidad-resentimiento y depresión ansiosa $\rho = 0,279$; $p = 0,01$.

Finalmente, se consiguió una correlación negativa débil entre los rasgos de esquizofrenia y los de desviación psicopática $\rho = -0,377$; $p < 0,001$.

Además, se asociaron las puntuaciones obtenidas en los decatipos en cada una de las EUP, y de ello se obtuvo que la única asociación estadísticamente significativa fue entre la gastritis aguda y la obtención de puntajes altos para el decatipo de depresión de baja energía medido por el CAQ $\chi^2 = 7,167$; $p = 0,007$, en comparación con el resto de las EUP. (Fig. 1)

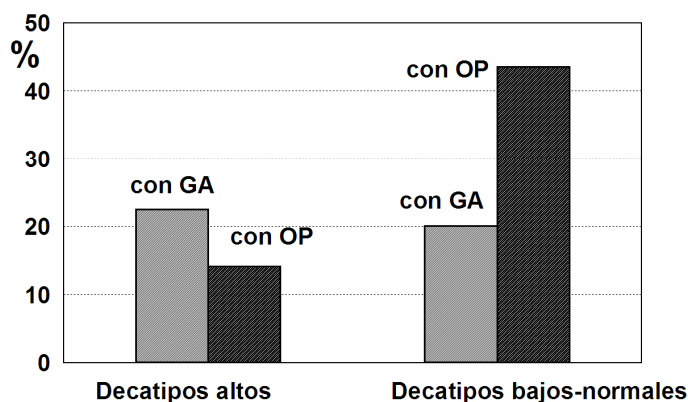


Fig. 1 Relación entre gastritis aguda y depresión de baja energía. $\chi^2 = 7,167$; $p = 0,007$
GA: gastritis aguda; OP: otras patologías.

Al comparar los puntajes de cada decatipo entre los sexos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p > 0,05$ para ninguno de los decatipos evaluados, a pesar de que el 74% de la muestra fue conformada por mujeres cuyo estilo de vida generalmente difiere al del sexo contrario.

Finalmente, se compararon los resultados obtenidos en cada uno de los rasgos de personalidad de la muestra de pacientes con EUP y la muestra de pacientes sanos de Krug 12 (Tabla 2)

Tabla 2 Comparación de las medias de los rasgos de personalidad de los pacientes con EUP con la población sana de Krug

Decatipos	Media \pm desviación estándar	Media de la población sana	t	p
D1. Hipocondriasis	♀ 5,65 \pm 3,68	2,39	7,03	<0,001*
	♂ 4,09 \pm 3,22	1,74	3,42	0,03*
D2. Depresión suicida	♀ 5,74 \pm 3,71	2,13	7,72	<0,001*
	♂ 4,95 \pm 2,68	1,85	5,43	<0,001*
D3. Agitación	♀ 7,85 \pm 3,05	10,55	-6,99	<0,001*
	♂ 8,36 \pm 3,21	10,47	-3,07	0,006*
D4. Depresión ansiosa	♀ 10,3 \pm 2,9	7,34	8,09	<0,001*
	♂ 9,0 \pm 3,57	5,94	4,02	0,001*
D5. Depresión baja energía	♀ 8,92 \pm 4,29	5,06	7,13	<0,001*
	♂ 7,54 \pm 4,61	4,35	3,24	0,004*
D6. Culpa - resentimiento	♀ 9,17 \pm 3,82	8,06	2,31	0,02*
	♂ 7,63 \pm 3,33	7,84	-0,287	0,777
D7. Apatía - retirada	♀ 7,14 \pm 3,50	3,39	8,50	<0,001*
	♂ 7,59 \pm 4,45	3,33	4,48	<0,001*
Pa. Paranoia	♀ 8,84 \pm 3,34	5,19	8,67	<0,001*
	♂ 9,36 \pm 3,57	4,92	5,82	<0,001*
Pp. Desviación psicopática	♀ 11,8 \pm 2,57	13,77	-6,05	<0,001*
	♂ 13,0 \pm 3,38	14,38	-1,91	0,069*
Sc. Esquizofrenia	♀ 5,79 \pm 3,02	3,52	5,97	<0,001*
	♂ 6,86 \pm 3,18	3,66	4,72	<0,001*
As. Psicastenia	♀ 11,20 \pm 2,85	11,22	-0,38	0,97
	♂ 10,63 \pm 2,19	11,10	-0,991	0,333
Ps. Desajuste psicológico	♀ 6,68 \pm 4,24	4,68	3,74	<0,001*
	♂ 7,59 \pm 4,75	4,29	3,25	0,004*

*Diferencia estadísticamente significativa $p < 0,05$

En la mayoría de los rasgos de personalidad D1, D2, D4, D5, D7, Pa, Sc y Ps, los pacientes con EUP, tanto hombres como mujeres, obtuvieron un promedio de puntuación significativamente mayor $p < 0,05$ que la media de la población sana reportada por Krug (12).

Por otra parte, los resultados respecto a los rasgos de agitación y desviación psicopática fueron significativamente menores que los reportados por Krug para la población general. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de los pacientes con EUP de los rasgos

de psicastenia para ninguno de los sexos con los arrojados por la población sana (12), ocurriendo lo mismo en el caso de los hombres al comparar las puntuaciones referentes al rasgo de culpabilidad-resentimiento $p > 0,05$.

DISCUSIÓN

La comparación de los valores obtenidos en cada rasgo de personalidad medido en los sujetos con EUP con los resultados arrojados por sujetos sanos estudiados por Krug (12) permitió establecer que los sujetos con EUP estudiados presentaron alteraciones importantes en la mayoría de los rasgos de personalidad, con diferencias estadísticamente significativas por encima de la media para casi todos de los rasgos referidos a la depresión, al igual que para los referidos a otros rasgos de personalidad, en contraste con los rasgos de agitación y desviación psicopática que fueron significativamente menores para los sujetos con EUP en comparación con los sujetos sanos.

De estos hallazgos se puede deducir que la mayoría de los sujetos con EUP presentan rasgos depresivos de personalidad, sucediendo lo contrario con los rasgos referidos a la psicosis. Ello tiene total concordancia, si se toma en cuenta que sólo en casos aislados la depresión *per se* con un diagnóstico clínico de psicosis; en general, lo común en pacientes psiquiátricos es encontrar sólo uno u otro diagnóstico y no ambos (7).

Por otra parte, tales resultados se encuentran en congruencia con investigaciones como la de la de Tismmerman y col.l (11), quienes concluyen que la mayor parte de las psicopatologías asociadas con las EUP resultan relacionadas con la depresión, así como con los rasgos de neuroticismo, asunto sobre el cual Krug (12) también comenta, al exponer las normas de interpretación de los puntajes de cada decatipo, indicando que para la mayoría de los rasgos, las puntuaciones altas se encontraron en poblaciones neuróticas y narcoadictas, entre otras.

Asimismo, se sabe que si las puntuaciones son altas en el rasgo de depresión suicida, no necesariamente debe pensarse en riesgo de suicidio por parte del paciente evaluado, a menos que existan puntuaciones altas también en otros rasgos de personalidad referidos a la depresión, en particular el de apatía-retirada (12) como de hecho ocurrió con la mayoría de los pacientes con EUP evaluados en el presente estudio, evidenciando que en ellos podrían ser frecuentes los pensamientos y/o acciones autodestructivas y la falta de interés generalizada por la vida.

Puede concluirse que, respecto a las puntuaciones obtenidas en los decatipos medidos a través del CAQ, la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra sujetos con diferentes EUP presentan algunos rasgos depresivos, tales como preocupación por la salud propia y por las funciones y los desarreglos corporales a la vez que comparten cierta insatisfacción por la vida, siendo comunes los pensamientos autodestructivos. Además suelen mostrarse tensos, fácilmente perturbables y presentan sueños molestos en conjunto con rasgos ansiosos, en tanto que presentan preocupaciones frecuentes y sensación de fatiga. Por otra parte, se muestran reservados, evitando el contacto

interpersonal, incluso hallándose incómodos en presencia de los demás. También llama la atención que los rasgos paranoicos fueron bastante comunes, como la sensación de ser perseguido, espiado, controlado o maltratado; al igual que ciertos rasgos esquizofrénicos manifestados por dificultades para expresar las ideas, impulsos extraños, y la sensación de ser incomprendidos, alejándose algunas veces de la realidad.

Se consiguió relación entre los rasgos de personalidad y las EUP en los pacientes estudiados, particularmente con los rasgos depresivos de personalidad que pudieran tener influencia sobre la aparición y evolución de su patología.

Se recomienda desarrollar una terapia individualizada y sustentada en la corriente de la Psicología Humanista o Psicodinámica, dirigida hacia la neutralización de ideas, creencias o pensamientos fijos distorsionados, entre otras conductas, de los sujetos con EUP, que dan lugar a las desviaciones anteriormente descritas en sus rasgos de personalidad, para así lograr el equilibrio mente-cuerpo, la disminución o incluso desaparición de los síntomas o diagnósticos médicos y el bienestar integral de ~~los~~ estos pacientes como seres humanos.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Ángel Martínez, psicólogo clínico, cuyas intervenciones y revisión crítica resultó de gran valor e importancia para la culminación de la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. En: Obras Completas de Freud. 3ra ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2851-2857.
2. Hales RE, Yudofsky SC. Factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas. En: Tratado de Psiquiatría Clínica. 4ta ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 631-685.
3. Saul C, Teixeira CR, Pereira-Lima JC, Torresini RJ. Prevalence reduction of duodenal ulcer: a Brazilian study. Retrospective analysis in the last decade: 1996-2005 Arq Gastroenterol. 2007; 44:320-324.
4. McGuigan JE. Úlcera péptica y gastritis En: Principios de medicina interna Volumen 2. 13ra ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana; 2005. p. 1565-1580.
5. Belloch A, Sandín B, Ramos F. El estrés. En: Manual de Psicopatología. Volumen 2. Madrid: McGraw – Hill Interamericana; 1995. p. 4-52.
6. Larsen R, Buss D. Introducción a la psicología de la personalidad. En: Psicología de la personalidad. 2da ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2005. p. 2-23.
7. Frances A, First MB, Pincus HA. Diagnósticos del DSM-IV En: DSM-IV Guía de Uso. Barcelona 1997, p. 129-508.
8. Hay L. Introducción. En: Usted puede sanar su vida. 4ta. Ed. Barcelona: Ediciones Urano; 1992. p. 11-13.

9. Culpepper L. Generalized anxiety disorder and medical illness. J Clin Psychiatry 2009; 70Suppl 2:20-24.
10. Choung RS, Talley NJ. Epidemiology and clinical presentation of stress-related peptic damage and chronic peptic ulcer. Curr Mol Med. 2008; 8:253-257.
11. Tsimmerman IaS, Belousov FV, Treguboy LZ. Mental status of patients with ulcer disease Klin Med Mosk 2004; 82:37-42.
12. Krug S. Normas de Interpretación. En: CAQ Cuestionario de Análisis Clínico. Manual. 4ta ed. Madrid: TEA ediciones S.A.; 1998. p. 35-44.
13. Milton S. Estadística para biología y ciencias de la salud. 3ra edición ampliada. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2007. p. 412.
14. Dawson-Saunders B, Trapp R. Bioestadística médica. 2da edición. México: Editorial El Manual Moderno; 1999. p. 201.



The banner features the University of Carabobo logo on the left and the Faculty of Health Sciences logo on the right. The title "Salus online" is prominently displayed in the center. Below the title is a navigation menu with links for INICIO, INDICE, AUTORIDADES, ENLACES DE INTERÉS, and CONTACTOS. The main text welcomes visitors to "Salus online" and describes it as the official scientific publication of the Faculty of Health Sciences. It includes information about the editorial committee and where to find the complete collection. At the bottom, it lists the Director Editor, Ricardo Montoreano, and provides two URLs: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/> and <http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/>. Three covers of the journal "Salus" are shown at the bottom right, and a copyright notice for Ricardo Montoreano is at the very bottom.


Salus *online*


Perfil de la Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad de Carabobo

[INICIO](#) [INDICE](#) [AUTORIDADES](#) [ENLACES DE INTERÉS](#) [CONTACTOS](#)

Bienvenidos a *Salus online* La Revista de la **Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo**

Salus es el órgano oficial de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Está destinada a la publicación de trabajos de investigación que realicen los miembros de la comunidad universitaria y de otras Instituciones de Educación Superior, Nacionales, e Internacionales.

Salus online sólo reproducirá los artículos aprobados para su publicación por el Comité Editor de acuerdo a los requisitos de la edición impresa. Los autores deberán seguir enviando sus originales a la dirección habitual de la revista.

Salus online sólo reproducirá los últimos números de Salus, mientras que la colección completa se la podrá encontrar, como siempre, en la página del CID.

Director Editor
Ricardo Montoreano

<http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/>
<http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/>

© 2003 - 2007 Ricardo Montoreano