

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
TALLER DE INVESTIGACION



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO A LA COMISIÓN
EVALUADORA PARA SU REVISIÓN Y APROBACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO
DE DOCTORADO EN MEDICINA

Categoría de Severidad de Síntomas Somáticos en Pacientes con Diabetes
Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años

Estudio realizado en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador
en el Periodo de Mayo a Junio de 2022

ASESORA

Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa

PRESENTADO POR

Cisneros Melgar Lidia Steffany
González Calderón Samuel Alfonso
González Cuellar Yeymi Stephania

SAN SALVADOR, 26 SEPTIEMBRE 2022

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
TALLER DE INVESTIGACION



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO A LA COMISIÓN
EVALUADORA PARA SU REVISIÓN Y APROBACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO
DE DOCTORADO EN MEDICINA

Categoría de Severidad de Síntomas Somáticos en Pacientes con Diabetes
Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años

Estudio realizado en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador
en el Periodo de Mayo a Junio de 2022

ASESORA

Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa

PRESENTADO POR

Cisneros Melgar Lidia Steffany
González Calderón Samuel Alfonso
González Cuellar Yeymi Stephania

SAN SALVADOR, 26 SEPTIEMBRE 2022

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
<i>A.Situación problemática</i>	<i>3</i>
<i>B.Enunciado del Problema</i>	<i>7</i>
<i>C.Objetivos de la investigación.....</i>	<i>7</i>
<i>D.Contexto de la Investigación</i>	<i>8</i>
<i>E.Justificación.....</i>	<i>10</i>
<i>F.Factibilidad</i>	<i>13</i>
<i>G.Delimitación</i>	<i>14</i>
CAPITULO II. FUNDAMENTACION TEORICA.....	15
<i>2.1Estado actual</i>	<i>15</i>
<i>2.2Fundamentación teórica</i>	<i>22</i>
<i>2.2.1Marco histórico</i>	<i>22</i>
<i>2.2.2Marco Teórico.....</i>	<i>29</i>
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
<i>A.Enfoque y tipo de investigación.....</i>	<i>52</i>
<i>B.Sujetos y Objeto de estudio.....</i>	<i>52</i>
<i>C.Variables e indicadores.....</i>	<i>56</i>
<i>D.Técnicas, materiales e instrumento.....</i>	<i>57</i>
<i>E.Procesamiento y análisis de la información.....</i>	<i>60</i>
<i>F.Matriz de congruencia</i>	<i>61</i>
<i>G.Estrategias de utilización de resultados.....</i>	<i>66</i>

<i>H.Aspectos ético-legales</i>	66
CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	68
<i>A.RESULTADOS</i>	68
<i>B.DISCUSIÓN DE RESULTADOS.</i>	74
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
<i>CONCLUSIONES</i>	80
<i>RECOMENDACIONES</i>	82
FUENTES DE INFORMACION CONSULTADA	84
ANEXOS	91
<i>Anexo 1: Glosario</i>	91
<i>Anexo 2: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada</i>	93
<i>Anexo 3: Carta de autorización a director de Unidad de Salud.</i>	97
<i>Anexo 4: Cronograma de Actividades</i>	98
<i>Anexo 5: presupuesto</i>	99
<i>Anexo 6. Consentimiento informado</i>	100
<i>Anexo 7: Prueba de Stanone</i>	101

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento:

A Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa por haber guiado durante cada proceso de esta investigación, que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios por haber permitido realizar la tesis doctoral y prestar los servicios necesarios para llevarla a cabo.

A Dr. Roberto González por su apoyo y dedicación, ya que a pesar de las complicaciones y percances que tuvimos por parte del tiempo e incluso pandemia todo salió muy bien.

A la comunidad que visita la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios por los aportes que nos dieron sobre la investigación, los cuales utilizamos y agradecerles porque ellos nos brindaron la información necesaria para llevar a cabo dicha investigación.

A nuestras familias y amistades por brindarnos el apoyo necesario y la confianza para continuar y terminar esta hermosa carrera.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años. El trastorno de síntomas somáticos se presenta cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos.

Metodología: investigación cuantitativa de tipo descriptivo, no experimental, los participantes fueron 152 pacientes. **Resultados:** En los resultados se encontró que los pacientes hipertensos son la mayor parte de la población el 32% entre 41 a 45 años, con respecto a Diabetes Mellitus de 36 a 40 años el 24% de pacientes el cual representa mayor porcentaje; las dimensiones también evidenciaron en los pacientes con Diabetes Mellitus que el sistema gastrointestinal es el más afectado con 52.17%; en relación a los pacientes con Hipertensión Arterial, la dimensión mayormente afectada es el sistema musculo esquelético con 54.71%. **Discusión:** Son más frecuentes en mujeres jóvenes, en poblaciones rurales y en grupos con menor nivel educacional e intelectual. Al evaluar la severidad de síntomas somáticos encontrados en los participantes se manifiesta síntomas somáticos en un nivel moderado. **Conclusiones:** En relación con el sexo, se concluye que es mayor en mujeres, los pacientes que presentan Diabetes Mellitus se concluyen que el sistema más afectado es el gastrointestinal que sitúan a la población femenina. En cuanto a los pacientes con Hipertensión Arterial el sistema mayormente afectado en nivel alto es el musculoesquelético.

Palabras claves: Determinar, Categoría, Síntomas, Somáticos, Gastrointestinal, Musculo esquelético.

INTRODUCCION

La salud mental es parte integral de la salud general, un goce de buena salud no es solo la ausencia de enfermedad si no un estado de completo bienestar, tanto físico como mental. Hoy en día se concuerda que las alteraciones de salud mental no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo sino a la totalidad del organismo. (1)

Por lo que la presente investigación tuvo como objetivo determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, entre las edades de 30 a 59 años, que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios en San Salvador en el período de mayo a junio del 2022. Además de identificar factores sociodemográficos y síntomas somáticos por dimensiones más frecuentes que se presentaron en los pacientes con ambas comorbilidades.

Los síntomas somáticos representan un problema difícil de abordar en la atención primaria; el efecto y repercusión que estos síntomas adquieren es de igual dimensión que los efectos de una enfermedad de origen orgánico en la persona que los padece. Por ello, se consideró necesario contar con este estudio donde se categorizo la severidad de los síntomas somáticos en los pacientes con comorbilidades frecuentes, como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, siendo una alternativa categorizar los síntomas somáticos en los pacientes en relación con su severidad como leve, moderado o severo; y en relación con las dimensiones de los sistemas orgánicos afectados: inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel, genitourinario y en caso de las mujeres el aparato reproductor femenino. De esta manera al determinarse en la consulta de atención primaria en salud la severidad que cada uno representa

en los pacientes se podrá dar un abordaje integral y multidisciplinario en cada paciente. Por lo que el aporte de la investigación sugiere fortalecer las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del Ministerio de Salud, en relación con las medidas de prevención y de abordaje de los trastornos de síntomas somáticos. Además, incluir en los programas de pacientes diabéticos e hipertensos la atención en salud mental a través de atención psicológica y/o psiquiátrica.

En el capítulo uno del planteamiento del problema se desarrolló la formulación de los objetivos, la situación y el enunciado del problema, justificación, factibilidad y delimitación, el contexto de estudio, con el fin de describir la categorización de los síntomas somáticos, en los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. El capítulo dos corresponde a la recolección de información para el marco teórico e histórico en cuanto a la categoría de los síntomas somáticos, causas, efectos, epidemiología, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y factores desencadenantes. En el capítulo tres se describe el enfoque y tipo de investigación, sujetos y objeto de estudio, variables e indicadores, las técnicas, materiales e instrumento, el procesamiento de la información, además de los aspectos ético-legales. En el capítulo cuatro se presenta el análisis de la información, los resultados y la discusión de estos mismos. En el capítulo cinco se describen, las conclusiones a las que se llegó y las recomendaciones y/o propuestas dirigidas al Ministerio de Salud de El Salvador, Hospital Nacional Psiquiátrico y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador. Además, se incluyen las fuentes de información consultada y los anexos que son parte complementaria de la investigación.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

La salud mental es parte integral de la salud general, un goce de buena salud no es solo la ausencia de enfermedad si no un estado de completo bienestar, tanto físico como mental. Por siglos la salud mental ha sido tratada como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. Pero ahora se concuerda que las alteraciones de salud mental no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene su efecto sobre las otras. (1)

En El Salvador como en la mayoría de los países del mundo la salud está históricamente dominada por el modelo médico o atención a los problemas de salud física, dejando en un segundo plano la atención en salud mental. Pese a que es un país que en su historia reciente ha tenido una guerra civil, tiene una violencia social y delincuencia impactante, con débiles políticas sociales y económicas. Fue hasta el año 2011 que se creó la Política nacional de salud mental, por lo que se están integrando equipos multidisciplinarios de atención en salud mental en los hospitales generales y en la atención primaria en salud. Estos esfuerzos aún son insuficientes debido a que las condiciones que favorecen el apareamiento de problemas mentales son abordadas tímidamente. La salud mental no parece ser una de las prioridades en el sistema nacional de salud salvadoreño, debido a la escasez de recurso asignados, aunque la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sugerido a los Estados miembros la implantación de programas colectivos orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de la salud mental de sus pueblos. (2)

El estrés y las variables psicosociales asociadas a este (eventos vitales, ansiedad, depresión, apoyo social, estrategias de afrontamiento, etc.) se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad por diversas enfermedades. Lo predice una mayor frecuencia de quejas somáticas, el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades físicas, el uso de los servicios médicos, la calidad de vida, la longevidad, un mayor número de eventos vitales negativos, peores hábitos de salud, etc. Los estados de estrés y las emociones negativas (ansiedad y depresión) pueden intensificar y empeorar el curso y la evolución de la enfermedad, interferir con su tratamiento y modular la percepción de los síntomas, aumentando significativamente la morbilidad y la mortalidad. La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus están intrínsecamente asociadas con un nivel considerable de estrés: incertidumbre sobre la supervivencia, dependencia de medicamentos, manejo de complicaciones e ingresos hospitalarios. Además de ser un factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular siendo una de las principales causas de mortalidad alrededor del mundo. (3)

La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial se han convertido en un problema serio de salud pública que va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en población joven. Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad. Esto es cierto, más aún para estas patologías, ya que estas requieren que el/la paciente realice múltiples tareas de autocuidado diariamente, las cuales dependen del conocimiento y la motivación del/la paciente por realizarlas. En cambio, no realizarlas puede llevar al paciente a sufrir complicaciones médicas, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa y temor. (4)

Los trastornos de síntomas somáticos (TSS) se presentan cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos. La persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria. Ellos pueden creer que los padecimientos médicos cotidianos son mortales. (5).

Esta ansiedad puede no mejorar a pesar de los resultados normales del examen y de la reconfirmación del proveedor de atención médica. Una persona con TSS no finge sus síntomas, el dolor y los demás problemas son reales y pueden ser provocados por un padecimiento de salud. A menudo, no se puede encontrar una causa física. Sin embargo, el problema principal es la reacción extrema y los comportamientos relacionados con los síntomas. (5)

Por lo que los TSS se caracterizan por la presencia de una preocupación constante por dolencias del cuerpo, tales como enfermedades, deformidades, dolor, movilidad o incapacidad física y por la presencia de conductas orientadas a disminuir la preocupación, tales como consultas médicas continuas y exposición a exámenes diagnósticos, por nombrar algunas. Estos síntomas no son producidos intencionalmente, son propios de complejas enfermedades que se generan por una dificultad en resolver y manejar diferentes niveles de angustia. (6)

Una alternativa fue categorizar los síntomas somáticos de estos pacientes en relación con su severidad como leve, moderado o severo; y en relación con las dimensiones de los sistemas orgánicos afectados: inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel, genitourinario y en caso de mujeres el aparato reproductor femenino. Desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación con el órgano, aparato o sistema de su incumbencia. Si bien hay muchos descritos, no ofrecen al médico y al paciente más que una definición o etiqueta, lo que puede ser útil y estratégico en algunos casos, sin embargo, la explicación que ofrecen es limitada, y no ayudan a establecer la relación entre los motivos de consulta y los problemas psicosociales relacionados, además existe gran superposición de cuadros clínicos y los pacientes pueden cumplir criterios de varios síndromes al mismo tiempo. (7)

Por otro lado, la Diabetes Mellitus es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemia o exceso de glucosa en la sangre. Se estima que más del 95% del cuidado de la Diabetes Mellitus es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día el/la paciente debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es la severidad del impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida. Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de estas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional. (4)

Según el Sexto Reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión (JNC VI) se define la Hipertensión Arterial como presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, o la toma de medicamentos antihipertensivos y se establece la meta de mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/85 mmHg. (8)

No obstante, el diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes con diabetes debe ser reservado para aquellos individuos con niveles de presión arterial que excedan 130/80 mmHg en al menos dos ocasiones separadas entre sí por un lapso mínimo una semana. Aproximadamente la cuarta parte de la población mundial es hipertensa y la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2, que es la más frecuente, ronda el 6 - 8% de la población adulta. Tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes Mellitus son factores de riesgo independientes para enfermedad cardiovascular. Cuando coexisten tienen un efecto multiplicador en el riesgo de complicaciones tanto macro como microvasculares. (8)

A pesar de la importancia que tienen las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, más adelante ECNT, en lo que respecta al perfil sanitario de Centroamérica, no se dispone de información sobre la prevalencia de enfermedades crónicas graves como la diabetes y la hipertensión ni de sus factores de riesgo, mucho menos los principales síntomas somáticos relacionados con estas enfermedades. (9)

Se sabe que la consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en la consulta de atención primaria principalmente en pacientes con patologías crónicas como lo es la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, y pasan mucho tiempo buscando atención médica. Los síntomas somáticos en estos pacientes representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. (10) Por lo que los hallazgos obtenidos en este estudio permitieron tener un perfil de síntomas somáticos, los cuales se utilizaron para evaluar la categoría de severidad en los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y así proporcionar insumos para fomentar intervenciones apropiadas para los síntomas somáticos encontrados en pacientes con patologías crónicas.

B. Enunciado del Problema

¿Cuál es la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a junio de 2022?

C. Objetivos de la investigación

1. Objetivo General

Determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a junio de 2022.

2. Objetivos Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos más frecuentes en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
2. Conocer los síntomas somáticos por sistemas del organismo humano más frecuentes que se presentan en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
3. Establecer la categoría de severidad de síntomas somáticos de acuerdo con los padecimientos de enfermedades crónicas de los pacientes que adolecen de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

D. Contexto de la Investigación

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios inicio en 1966 con el nombre de Unidad de Salud Anexa a la Facultad de Medicina se llamaba (docente). El 18 de octubre de 1970 se traslada a la actual dirección con el nombre de Unidad de Salud Barrio Santa Lucia, luego la nombran Unidad de Salud Barrios en memoria de la Escuela Militar Gerardo Barrios. (11)

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar barrios está ubicada en Boulevard. Venezuela / Alameda Manuel Enrique Araujo - Este, Colonia Roma, San Salvador, El Salvador. Limitada al norte, con Colonia escalón, cantón El Carmen, al sur colonia Montserrat, al oeste Barrio San Miguelito y al este antiguo Cuscatlán. El municipio de San Salvador es uno de los 19 municipios que conforman el departamento de San Salvador. Es la cabecera departamental del mismo y la ciudad capital de la República de El Salvador. (11)

La cabecera departamental alberga la ciudad de San Salvador, la zona más poblada de todo el país; la cual resguarda, por su condición de capital, las sedes del gobierno tales como la Asamblea legislativa, Corte Suprema de Justicia, el Consejo de ministros de El Salvador y la Residencia Presidencial de la República. Tanto desde el punto de vista demográfico como económico, la ciudad de San Salvador es la más importante en todo el país, albergando las principales empresas de servicios e industrias de la nación. Posee una extensión territorial de 72.25 km² que albergan 38 caseríos y 7 cantones; su territorio se extiende a 1000 metros sobre el nivel del mar en los lugares más elevados. La mayor cantidad de población en el municipio se concentra en la ciudad; donde encontramos un total de 316.090 habitantes de acuerdo con el censo 2007. Por lo que el 5.5% de la población total del país hace vida en la ciudad capital; la cual cuenta con 652.31 Km², donde 171.873 habitantes que representan el 100% de la población femenina. Por otro lado, encontramos 144.217 habitantes que representan el 100% población masculina. (11)

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios consta de construcción mixta, dos plantas: En la primera planta se encuentra ubicado 11 consultorios, archivo, farmacia, bodega de farmacia, área de vacunación, inyectables, curaciones, terapia respiratoria, sala de preparación, sala de espera, sala de selección, arsenal, saneamiento ambiental, lavadero, servicios sanitarios para el público, parqueo, lavaderos, área de jardín. En la segunda planta se cuenta con área de laboratorio, odontología, oficina de enfermería, salón multiusos, dirección, servicios sanitarios del personal, bodega. Contando con un área de construcción de 2500 mts cuadrados. Se atiende de lunes a viernes de 6 am a 6 pm se cuenta con consulta general, consulta especializada: ginecología, pediatría, medicina interna, psicología, reumatología, endocrinología, clínica VICIT, IRAS, optometrista, saneamiento ambiental, promotores de salud, vacunación, inyectables, curaciones, pequeña cirugía, terapia respiratoria, laboratorio Clínico, odontología, consejera, visita domiciliar, abatización, fumigación, vacunación Animal, cuenta con una Unidad de Salud Básica Cantón El Carmen y Servicios de Fosalud de lunes a viernes en horario de 6:00 pm a 6:00 am, los días sábado, domingo y días festivos las 24 horas. (11)

Los servicios que presta son: Consulta General, Consulta Odontológica, Vacunación, Inyección, Curaciones, Pequeña Cirugía, Emergencias. El promedio de atención en total por día es de aproximadamente 150 consultas. El instrumento se aplicará en el área de consulta general y medicina interna, que consulten por enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el rango de edades de 30 a 59 años en ambos sexos. (11)

E. Justificación

En los últimos años se ha notado un incremento significativo de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas; asimismo, los trastornos neuropsiquiátricos han ganado notoriedad y vienen siendo mejor estudiados en cuanto a la clínica, el laboratorio, las imágenes y el tratamiento. (12)

La atención integral de salud mental en El Salvador ha implicado los siguientes esfuerzos basados en la norma técnica del 2022. Promoción de la salud mental, Art 5.- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), deberán desarrollar permanentemente estrategias de promoción de salud mental en los diferentes ámbitos de competencia, familiar, comunitario, laboral, educativo, incluyendo acciones dirigidas a la población con discapacidades, enfermedades crónicas, migrantes, población LGTBIQ+, privados de libertad, entre otros. (11) Para la presente norma se retomaron los pilares de la promoción de la salud enfocándose a la salud mental siendo estos los siguientes:

- a) Educación para la salud: debe incluir procesos de aprendizaje y acciones que promuevan el cambio de comportamiento de manera consciente y voluntaria de la población en relación con la salud mental y el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y actitudes personales que conduzcan a la salud individual, familiar y comunitario. (13)

- b) Comunicación social en salud: se debe mantener informada a la población sobre aspectos concernientes a la salud, utilizando medios informativos y multimedia, para concientizar sobre aspectos específicos de la salud mental individual, colectiva y su importancia en el desarrollo de estilos y modos de vida saludable. En este pilar de la promoción de la salud mental deben apoyarse en estrategias de comunicación social en salud y para fines de la presente norma técnica se usa la estrategia de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento IEC/CC. (13)

La Hipertensión Arterial es uno de los mayores problemas de salud pública que afecta aproximadamente más del 26% de la población adulta de todo el mundo, según la OMS la hipertensión es la causa más frecuente de muerte. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes para el año 2013, se estimaron 381.8 millones de personas con diabetes a nivel mundial, originando al menos \$545 000 millones en gastos sanitarios. En El Salvador de acuerdo con los datos de la ENECA 2015, se obtuvo un dato que alrededor del 21.8% (815,790 personas) poseen antecedente de Diabetes Mellitus, el 25.2% tiene prediabetes (985,265 personas) y el número de personas con Diabetes Mellitus es de 487,875 que equivale al 12.6% de la población. (14)

La falta de información y la colaboración de la población para llevar una vida más saludable, el pobre manejo de la enfermedad y una población grande de personas envejeciendo bajo este modo de vida marca un futuro desalentador en cuanto a las personas que padecen de enfermedades no transmisibles. Es importante destacar la trascendencia de los aportes científicos que puedan brindar no solo a la población con la enfermedad sino también en la atención primaria, hospitales, asociaciones y entidades responsables del manejo de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y las consecuencias en relación con los síntomas somáticos, esfera en la que se centró la presente tesis de investigación. (15)

El impacto psicológico tras el diagnóstico de las enfermedades crónicas es algo que sacude al paciente en todas las líneas de su vida; relaciones sociales y de pareja, trabajo, el tiempo de recreación e inclusive las metas de vida planteadas pueden llegar a verse afectadas. (15) La atención de dichas patologías resulta de gran importancia, puesto que generan una gran morbimortalidad en la población actual y generando al país un gran costo para nuestro sistema de salud. Se planteo la presente investigación por la preocupación acerca de la falta de un manejo conjunto e integral de los síntomas somáticos en paciente diabético e hipertenso, haciendo hincapié principalmente en la categorización de este tipo de síntomas; debiendo, incluso, atender la severidad al momento del diagnóstico de estas enfermedades, como basal para futuros cambios. (15)

Una atención psicología adecuada desde inicios de la enfermedad puede ayudar a mejorar la calidad y el aprovechamiento de las consultas de primer nivel que son asuntos de bajo costo y prevenir las cuestiones que generan un costo elevado para el sistema de salud como las largas estadías de los pacientes en los hospitales para el tratamiento de complicaciones, dicha estrategia es parte del plan de acción de La Federación Internacional de Diabetes (IDF), quienes además de buscar el mejor control de la enfermedad buscan reducir los gastos generados no solo para el paciente y el manejo de su enfermedad sino también para el sistema de salud en general. Un abordaje integral de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial tiene como objetivo otorgar al paciente las herramientas necesarias para manejar su enfermedad a través de un equipo multidisciplinario que brinda educación y apoyo en las distintas etapas de la evolución de la enfermedad. (15)

Los beneficios del estudio por medio de esta investigación fueron conocer los factores sociodemográficos más frecuentes en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, conocer la categorización de severidad de los síntomas somáticos más frecuentes que se presentan, para así poder realizar un manejo integral y multidisciplinario para este tipo de enfermedades no transmisibles. (15)

Posteriormente, el presente estudio permite fortalecer las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del Ministerio de Salud, en relación con las medidas de prevención y de abordaje de los trastornos de síntomas somáticos, además incluir en los programas de pacientes diabéticos e hipertensos la atención en salud mental a través de atención psicológica y/o psiquiátrica, para implementar abordajes psicoterapéuticos con la finalidad de ayudar a minimizar los malestares psicosomáticos a causa de las enfermedades crónicas y ayudarles a lograr una mejor calidad de vida. Los beneficiados directos fueron los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consulta en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, que son propensos a desarrollar síntomas somáticos, por otro lado, la población beneficiada será la comunidad ya que se va a aportar nuevos conocimientos para el equipo de salud en particular médicos.

F. Factibilidad

La presente investigación conto con el suficiente acceso de información primario tanto en internet, artículos de interés médico, libros de medicina interna y psiquiatría, además de recursos bibliográficos brindados por la Universidad. El estudio poblacional se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador que cuenta con una atención diaria de aproximadamente 150 pacientes. Por lo que médicos de año social se encargaron de la recolección de datos con el apoyo de la dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios para llevar a cabo la investigación, se solicitó autorización para procesar la información y recolección de datos estadísticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 A 59 años a través del Sistema de morbimortalidad en Línea (SIMMOW). Con la ejecución de esta investigación no se alteró ni causo ningún daño a la población estudiada, comunidad, ni ambiente, más bien tuvo la finalidad de conocer la categoría de severidad de los síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial de 30 a 59 años.

Respecto a los recursos tecnológicos, el personal de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios cuenta con una computadora de escritorio que fue utilizada 3 días por semana y como parte de su formación académica, el candidato a maestro de asesoría tuvo acceso a una computadora laptop y software, diversos materiales de oficina y de apoyo educativo, manuales, textos y publicaciones especializadas y otros materiales bibliográficos requeridos para el diseño de un modelo multimodal.

En el presupuesto requerido para implementar este proyecto se requirió el pago de asesoría, acceso a internet, recursos materiales y tecnológicos durante 10 meses dentro del año 2022, que fueron costeados por medio de recursos monetarios propios del equipo de investigación, de manera que, no se requirió de financiamiento mayor o ser auspiciado por alguna entidad u ONG.

G. Delimitación

3. Espacial

El proyecto de investigación se llevó a cabo en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a septiembre del 2022, en los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años. La mayor cantidad de población en el municipio se concentra en la ciudad; donde encontramos un total de 316.090 habitantes de acuerdo con el censo 2007, cuenta con una atención diaria de aproximadamente 150 pacientes.

4. Temporal

Los datos que fueron considerados para la realización del proyecto de investigación se extienden del 24 de enero del 2022 hasta 14 de septiembre del 2022, considerando únicamente la temática de la categorización de los síntomas somáticos en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

CAPITULO II. FUNDAMENTACION TEORICA.

2.1 Estado actual

2.1.1 Categorías de síntomas somáticos y su gravedad

El trastorno de síntomas somáticos se presenta cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos. La persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria. Ellos pueden creer que los padecimientos médicos cotidianos son mortales. Esta ansiedad puede no mejorar a pesar de los resultados normales del examen y de la reconfirmación del proveedor de atención médica. (5)

Una persona con TSS no finge sus síntomas, es decir, el dolor y los demás problemas que manifiesta son reales y pueden ser provocados por un padecimiento de salud. A menudo, no se puede encontrar una causa física. Sin embargo, el problema principal es la reacción extrema y los comportamientos relacionados con los síntomas. Generalmente comienza antes de los 30 años. Se presenta más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. No está claro por qué algunas personas presentan esta afección. Ciertos factores pueden estar involucrados: como tener perspectivas negativas, ser más sensible física y emocionalmente al dolor y otras sensaciones, incluso antecedentes familiares o educación. (5)

Los síntomas somáticos son las características principales de muchas enfermedades médicas, y se utilizan para evaluar la severidad y el curso de la enfermedad. A través Escala de Síntomas Somáticos de 8 ítems (SSS-8) de acuerdo con el puntaje obtenido se puede clasificar en Categorías de gravedad: 0-3 No, al mínimo. 4-7 Bajo. 8-11 Medio. 12-15 Alto y 16-32 Muy alto, esta escala fue desarrollada recientemente como una medición breve, donde el paciente informa la carga de síntomas somáticos (16)

a. Causas

La causa de los síntomas funcionales no se entiende completamente, es mejor permanecer neutral en relación con las teorías etiológicas. Algunas personas probablemente son biológica y psicológicamente predisuestas a desarrollar síntomas. En la práctica, se suelen atribuir a una sola causa, que puede ser de origen patológico ya sea por un virus, o psicológico ligado al estrés. Este es un enfoque simplista y dualista que no aporta ni a la explicación, ni a la planificación del tratamiento, por lo que se sugiere que los factores biológicos, psicológicos, interpersonales y de salud son potencialmente importantes. (17)

Desde el punto de vista de la etiología, las primeras teorías explicativas provienen de Janet y Freud que pusieron de manifiesto el papel etiológico en la psicopatología que desempeña el trauma psíquico. Un síntoma corporal es la expresión de un malestar psíquico concomitante. Al no poder resolver el conflicto psíquico, la atención se centra sobre una molestia física que aparece simultáneamente, o que ya existía, pero a la que no se le hacía caso. (17)

Sin embargo, a partir del modelo biopsicosocial de enfermedad, la etiología de estos síntomas tiende a explicarse bajo una perspectiva de interacciones complejas de distintos factores, en los que pueden intervenir e interactuar factores predisponentes y precipitantes, que permiten saber porque un paciente presenta dichos síntomas y la identificación y herramientas terapéuticas a implementar y de un tratamiento eficaz. En relación con los factores precipitantes los síntomas pueden surgir de enfermedades y lesiones o de los cambios fisiológicos asociados con el estrés, la depresión o la ansiedad; ellos llegan a ser importantes para los pacientes cuando son graves y cuando se asocian con los temores o creencias que se tengan de la enfermedad. Los factores predisponentes por su parte aumentan la probabilidad de que los síntomas se volverán importantes. (17)

b. Efectos

El paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan a diferentes órganos:

- Síntomas generales: astenia, cansancio.
- Musculoesqueléticos: cervicalgias, dolores generalizados.
- Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, «gases», diarrea, estreñimiento.
- Cardiorrespiratorios: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.
- Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión o de la marcha.
- Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia.

Los síntomas más frecuentes son los musculoesqueléticos, seguidos de astenia y fatiga. (18) Sin embargo, en los pacientes con Hipertensión Arterial presentan síntomas somáticos asociados principalmente al aparato cardiovascular como como mareos, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía independientemente de la gravedad del diagnóstico de Hipertensión Arterial. La frecuencia de ciertos problemas somáticos aumenta en grupos de sujetos hipertensos en relación con grupos normotensos. De otro lado, sujetos con presiones diastólicas superiores a 95 mmHg sufren más frecuentemente depresión emocional y problemas del sueño que los sujetos normotensos. (19) Por otro lado, en los pacientes con Diabetes Mellitus la carga de síntomas físicos “extra” puede dificultar la percepción adecuada de salud del paciente con Diabetes mellitus, afectando la motivación para el control físico adecuado y el buen manejo psicológico y físico de la enfermedad (15)

La presencia de síntomas asociados al trastorno de Somatización confirma cómo el paciente con Diabetes Mellitus crónica sufre mayor carga de distrés psicológico que los pacientes sin Diabetes. Dentro de los principales síntomas somáticos que presentan este tipo de pacientes son dolores de espalda, calambres en las manos, brazos y piernas, sentimientos de pesadez en las extremidades, flojedad o debilidad en alguna parte del cuerpo y los dolores de cabeza. (15)

c. Epidemiología de los síntomas somáticos

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) reportó que 500 millones de personas en el mundo cree que sufre de estrés o de algún trastorno somatomorfo. Aproximadamente el 5% de la población en los Estados Unidos presentan múltiples síntomas somáticos que no se explican con base en una enfermedad conocida o los efectos de alcohol, medicamentos o sustancias psicoactivas. En el trastorno de somatización, el paciente presenta múltiples molestias físicas atribuibles a distintos aparatos y sistemas. Suele comenzar antes de los 30 años y es persistente. Estos pacientes suelen manifestar síntomas impresionantes pero inconsistentes. Estos cuadros son frecuentes en la consulta hospitalaria y ambulatoria, y especialmente entre los casos derivados a interconsultas psiquiátricas. Predominan entre las mujeres, en razones de 2:1 y hasta 5:1 respecto a los hombres. Son más frecuentes entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes, en poblaciones rurales y en grupos con menor nivel educacional e intelectual. (20)

Según estudios epidemiológicos fijan la prevalencia de este trastorno en un 0,5% de la población general, con un franco predominio femenino: 5 a 20 veces más mujeres que hombres la presentan, alcanzando prevalencias del 2 al 5%. Es más frecuente entre pacientes de menor nivel educacional y de menores ingresos económicos, y entre personas jóvenes (aparece en general antes de los 30 años). En un 30% de los casos coexiste con otros trastornos mentales, tal como con trastornos de personalidad. (20)

2.1.2 Riesgo cardiovascular y Psiquiatría

La relación entre la psiquiatría y la enfermedad cardiovascular estaría enmarcada en varios fenómenos que serán tratados a continuación:

- a) La enfermedad cardiovascular psicósomática (o cómo la disfunción psiquiátrica acaba produciendo una enfermedad cardiovascular).
- b) La somatización cardíaca (o cómo la persona padece una patología similar a la enfermedad cardiovascular sin serlo realmente).
- c) La reacción ante la enfermedad cardíaca (o cómo la persona siente su imagen mutilada por la cardiopatía). (21)

a. Diabetes Mellitus

En este contexto, la DM se ha considerado un equivalente de enfermedad coronaria isquémica, sin embargo, esta afirmación ha sido cuestionada debido a la heterogeneidad existente en la población diabética, por lo que el riesgo cardiovascular no es similar para todas las personas afectadas. Según el Instituto Nacional de Endocrinología en Cuba, cerca del 30 % de los pacientes con diabetes podría tener un riesgo cardiovascular a 5 años, similar al de la población general, entre ellos, los menores de 40 años con corta duración de la enfermedad, sin embargo, el riesgo a lo largo de toda la vida es sin dudas, mayor. (22) La European Society of Cardiology, reconoce como pacientes diabéticos de muy alto riesgo, aquellos con enfermedad cardiovascular establecida, o con lesión en órgano diana, como proteinuria o con un factor de riesgo grave asociado (tabaquismo, hipertensión o hipercolesterolemia), mientras que los de alto riesgo serían aquellos no incluidos en la categoría anterior, excepto los diabéticos tipo 1 jóvenes, y aquellos sin factores de riesgo, que podrían ser considerados de riesgo bajo o moderado. Estos criterios son muy afines a los emitidos por la American Diabetes Association, The National Lipid Association y Brazilian Endocrinology and Metabolism Society. (22)

b. Hipertensión Arterial

Son varios los estudios que prueban que existe una asociación entre las enfermedades depresivas y ansiosas y la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio y muerte súbita). (21) Existen muchas dudas de que el paciente depresivo con vivencias de insuficiencia, reproches a sí mismo, negativismo y tendencia a la culpa presente mayor propensión a la enfermedad cardiovascular que el resto de la población. Lo mismo podría decirse del paciente ansioso con fobias, hipocondría o crisis de angustia. Los síntomas depresivos y ansiosos forman parte del cortejo emocional de diversos síndromes ligados al estrés, a los estilos de vida inestables, al consumo de alcohol y de drogas y a las dificultades vitales continuadas. (21)

Estas dudas alimentan la sospecha de que la relación entre la enfermedad cardiovascular y la ansiedad/depresión esté mediada por los estilos de vida perjudiciales que lleva este tipo de pacientes, y no tanto por la propia fisiopatología de los trastornos emocionales. Por otra parte, la relación entre los síndromes depresivos y ansiosos y la mayor incidencia y peor evolución de los síndromes cardíacos puede estar mediada por algunos factores fisiopatológicos comunes. (21)

Entre ellos se encuentran la hiperactividad del sistema simpático-noradrenérgico (mediado por ciertos neurotransmisores), las alteraciones de las hormonas del estrés y del CRH (hormona estimulante de la corticotrofina) y las anomalías en la agregación plaquetaria, fenómenos todos ellos comunes a los síndromes ligados a una sobrecarga de estrés y a la patología cardiovascular. (21)

c. Aspectos clínicos epidemiológicos

El porcentaje de pacientes con enfermedades cardíacas que sufren algún trastorno depresivo de distinto grado supera el 50%. A esta elevada proporción contribuyen varios factores: (23)

- d) El perfil de los pacientes que sufren cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria. Estas personas representan con frecuencia el perfil de individuo muy activo y con tendencia a la negación de las dificultades y de las insuficiencias (patrón de tipo A). Estos sujetos son especialmente sensibles a padecer cuadros depresivos ante la percepción de la limitación o de la vulnerabilidad, lo que hace más difícil su recuperación psicológica. (23)

- e) La naturaleza simbólica misma de la enfermedad cardíaca. El funcionamiento del corazón es percibido y sentido como el factor limitante, el fundamental, de la propia vida. (23)

La HTA es considerada uno de los tres factores de riesgo más relevantes de patología cardiovascular (como el infarto agudo al miocardio) y cerebrovascular (accidente cerebrovascular), y representa el 9.4% del total de las consultas realizadas en el nivel primario de atención de salud. (23)

Esta información es concordante con la alta prevalencia de HTA (62,7%) encontrada en el Registro Nacional de Síndromes Coronarios Agudos, del grupo GEMI de la Sociedad Chilena de Cardiología, que incluyó más de 600 pacientes de 15 centros de salud en Chile. La mortalidad atribuible a la presión arterial del estudio AVISA ocupó el primer lugar, siendo responsable de cerca de 13.000 muertes, seguido por el consumo de sal (10.000 muertes) y el consumo de alcohol (8.000 muertes). Mirado desde la perspectiva de la prevención (Carga Evitable) si se lograra la disminución de 4 mmHg en la presión sistólica se evitarían 1.254 muertes anuales y 35.281 AVISA. (23)

Finalmente, los metaanálisis internacionales que avalan las guías clínicas de HTA concuerdan en su alta carga de enfermedad. Comparado con la población normotensa, el hipertenso tiene en promedio:

- 10 veces más riesgo de presentar un Accidente Vascular Encefálico.
- 5 veces más riesgo de presentar Cardiopatía Coronaria significativa.
- 2-4 veces más riesgo de presentar Insuficiencia Cardíaca congestiva.
- 1,7 veces más riesgo de sufrir de Insuficiencia Renal Crónica. (23)

Está demostrado que el aumento de 20 mmHg en la Presión Sistólica y de 10 mmHg en la Presión Diastólica por sobre valores de 115/75 mmHg aumenta al doble el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, independiente de otros factores de riesgo de ECV, para ambos sexos. Esto enfatiza que la reducción discreta de las cifras de presión arterial redundará en una disminución significativa del riesgo de eventos cardio y cerebrovasculares. (23)

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Marco histórico

Los trastornos somatomorfos son un grupo de desórdenes psiquiátricos caracterizados por una serie de signos y síntomas físicos en los cuales no es posible identificar una patología orgánica aparente, siendo evidente una relación con conflictos psicológicos de la persona. (24). El término de trastornos somatomorfos dado en el manual DSM -IV generó confusión y se sustituye por síntomas somáticos y trastornos relacionados debido al alto grado de superposición en los síntomas y la falta de claridad sobre los límites de los diagnósticos, donde un síntoma sin explicación médica se categorizaba por el profesional de la salud como trastorno mental. (24)

La característica principal del trastorno de somatización es la presencia de múltiples molestias físicas que no se pueden explicar por completo mediante factores físicos y que producen la demanda de asistencia médica o un deterioro funcional significativo. El trastorno de somatización es el trastorno somatomorfo más presente. Es un trastorno polisintomático que afecta a múltiples sistemas. (25)

Los trastornos somatomorfos fueron descritos por primera vez en el estudio de Briquet, quien consideró con el diagnóstico de HISTERIA a aquellos pacientes que presentaban de una lista de 59 síntomas, ciertas quejas cuando se los sometía a estrés. Estos trastornos provienen de un conjunto de patologías derivados del concepto de neurosis histérica (término derivado del griego que hace referencia al útero). El DSM-III abandona el término de histeria, creando dos categorías diagnósticas discretas: los trastornos somatomorfos y los disociativos. El primero se focaliza más en las cuestiones de carácter somático y el segundo apunta más a fenómenos de tipo cognitivo, implicando cambios de la conciencia, memoria y personalidad. (24)

En el año 1980, el DSM-III introdujo el trastorno por somatización como categoría diagnóstica. La lista de síntomas se rebajó a 37, de los cuales se necesitaba la presencia de 12 síntomas para los hombres y 14 para la mujer. Aquí se incluye el trastorno de somatización (síndrome de Briquet o histeria), el desorden de conversión, el desorden de dolor psicógeno, la hipocondría, el desorden somatoforme atípico y el trastorno dismórfico o dismorfofobia. En el DSM-III-R los criterios fueron modificados a una lista de 35 síntomas, necesitando para el diagnóstico la presencia de 13 síntomas tanto para mujeres como para los hombres. Escobar y colaboradores, en un intento de ofrecer un mayor nivel diagnóstico a pacientes que presentaban quejas físicas no explicables por patología orgánica, y que no entraban dentro de las categorías anteriores, elaboró el SSI basado en la lista de síntomas del DSM-III-R, estableciendo la presencia de 4 síntomas positivos en hombres y 6 síntomas positivos en las mujeres para hacer el diagnóstico de somatización. En el año 2007 se diseñó una nueva escala, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ). Éste contiene preguntas de 13 síntomas: (5 dolorosos, 1 ginecológico, 1 sexual, 1 cardíaco, 1 muscular, 1 neurológico, 2 gastrointestinales, 1 respiratorio). A fines del 2007 la escala PHQ fue modificada, agregando 2 nuevos síntomas de tipo gastrointestinal, dando origen al PHQ-15, quedando entonces en un total de 15 síntomas somáticos que raramente han sido atribuidos a alteraciones orgánicas. (24)

Los criterios diagnósticos para identificar a los pacientes que presentan trastorno por somatización han variado a través del tiempo. Es así como, de una lista de 59 síntomas, se ha llegado a una escala de solo 15 síntomas que le permitiría tanto al médico especializado como al de atención primaria, identificar rápida y eficazmente este trastorno en la población. (24)

2.1.1.1 TEORÍA PSICOLÓGICA Y MECANISMOS DE LA SOMATIZACIONES

Teoría biomédica

Los términos definatorios para los síntomas y síndromes somáticos sin causa orgánica que utilizan los trabajos que se encuadran dentro del paradigma biomédico son siempre diagnósticos según las clasificaciones vigentes de enfermedades generales y mentales (CIE, Clasificación Internacional de enfermedades y DSM Diagnostic and Statistical Manual de la American Psychiatric Association), o trastornos fisiopatológicos psiquiátricos: «depresión y ansiedad, somatización o trastornos somatoformes», y síndromes funcionales de otras especialidades: síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, síndrome de piernas inquietas, disfunción temporomandibular, cefalea tensional. De manera accesoria se recogen términos como pacientes simuladores, somatizadores hiperfrecuentadores de servicios sanitarios, y se les califica de pacientes difíciles, insatisfechos, hiperdemandantes, frustrantes para el médico. (26)

La causa de los síntomas funcionales no se entiende completamente, es mejor permanecer neutral en relación con las teorías etiológicas. Algunas personas probablemente son biológica y psicológicamente predisuestas a desarrollar síntomas. (27)

Este es un enfoque simplista y dualista que no aporta ni a la explicación, ni a la planificación del tratamiento, por lo que se sugiere que los factores biológicos, psicológicos, interpersonales y de salud son potencialmente importantes. Desde el punto de vista de la etiología, las primeras teorías explicativas provienen de Janet y Freud que pusieron de manifiesto el papel etiológico en la psicopatología que desempeña el trauma psíquico. Un síntoma corporal es la expresión de un malestar psíquico concomitante. Al no poder resolver el conflicto psíquico, la atención se centra sobre una molestia física que aparece simultáneamente, o que ya existía, pero a la que no se le hacía caso. (27)

Sin embargo, a partir del modelo biopsicosocial de enfermedad, la etiología de estos síntomas tiende a explicarse bajo una perspectiva de interacciones complejas de distintos factores, en los que pueden intervenir e interactuar factores predisponentes, precipitantes o perpetuantes, que permiten saber porque un paciente presenta dichos síntomas y la identificación y herramientas terapéuticas a implementar y de un tratamiento eficaz. En relación con los factores precipitantes los síntomas pueden surgir de enfermedades y lesiones o de los cambios fisiológicos asociados con el estrés, la depresión o la ansiedad; ellos llegan a ser importantes para los pacientes cuando son graves y cuando se asocian con los temores o creencias que se tengan de la enfermedad. Los factores predisponentes por su parte aumentan la probabilidad de que los síntomas se volverán importantes. (27)

La Teoría de la somatización basada en un enfoque psicológico plural, donde la herencia parece jugar algún papel, recayendo la mayor importancia etiológica en el aprendizaje social, el estrés y un conjunto de representaciones cognitivas relacionadas con la identificación de una amenaza para la salud, el tiempo necesario para desarrollar la enfermedad y para curarla, la causa de la enfermedad (interna o externa), las consecuencias tanto reales como imaginarias y el grado en el que la enfermedad puede ser influida para curarse. Asimismo, concluyen los autores, que la teoría de la autorregulación puede explicar cómo se originan los síntomas y su persistencia por resultado de problemas existenciales que se reflejan en la alteración de los objetivos importantes de la vida. Postulan también que los modelos psicológicos han de integrarse, en última instancia, con los modelos de la fisiología de la somatización (27)

Se considera que el estrés es la variable central en el proceso de manifestación de síntomas psicósomáticos, para definir el estrés, es importante mencionar que existen diferentes enfoques y definiciones del término estrés, pudiendo este ser entendido como: 1) una respuesta del individuo 2) un fenómeno del entorno externo, en cuyo caso el estrés se considera variable independiente y 3) una interacción (transacción) entre el individuo y el medio. (28)

Somatización o Síntomas Psicósomáticos, de acuerdo con Holloway y Zerbe, los trastornos de somatización son las manifestaciones físicas del dolor mental. Dichos trastornos han sido definidos de diversas maneras, un elemento en común al definirlos es que existen síntomas somáticos que no son explicados adecuadamente por causas orgánicas. Los trastornos hacen referencia a una categoría diagnóstica dentro de las nosologías psiquiátricas, incluyendo un conjunto de síntomas, es decir: síndromes. Históricamente el término psicósomático fue usado para describir problemas de salud física que eran consecuencia de excesiva excitación emocional, afrontamiento inadecuado y estrés crónico. (28)

2.1.1.2 SISTEMA PSICOLOGICO Y APARATO CARDIOVASCULAR

A. La enfermedad cardiovascular psicósomática

Hace ya cuatro décadas que los médicos Friedman y Rosenman definieron la personalidad de tipo A como «la forma de ser más característica de los pacientes que padecían infartos de miocardio e Hipertensión Arterial». La personalidad de tipo A, según estos autores, se caracteriza por la ambición y la hostilidad. Más en detalle, estos individuos se definen por la tensión, la hiperactividad encaminada al rendimiento y a la consecución de logros de manera constante, la falta de reflexión y de introspección. (29)

Probablemente, algunas de estas características no forman parte de la personalidad, lo que ha hecho difícil la replicación de los datos y la confirmación de la hipótesis con los instrumentos de medición de la personalidad disponibles en psiquiatría. Entre los tipos de carácter patológico incluidos en las clasificaciones psiquiátricas clásicas (como la de Kurt Schneider) o en las modernas —como la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) o el DSM (Diagnostic and Statistical Manual)— no se encuentra esta personalidad de tipo A. Algunas de sus características se hallan en las personalidades obsesivas, en las hipertímicas (emocionalmente inestables) o en las ansiosas, pero ninguno de estos tipos se parece a la personalidad de tipo A en global. (29)

Ésta es un patrón conductual bajo cuya superficie subyace un núcleo íntimo de narcisismo o, lo que es lo mismo, una necesidad compulsiva de aproximación a una autoimagen ideal o perfecta —lo que los autores del concepto denominan ambición. No obstante, esta ambición puede tener dos orígenes íntimamente distintos. Uno es el narcisismo primario, que aspira a una autoimagen grandiosa. El otro es el narcisismo secundario al sentimiento de inferioridad, que es compensatorio y que arrastra a la búsqueda continua del logro para no defraudar. El primer supuesto se corresponde más con los trastornos narcisistas de la personalidad. El segundo está ligado a las patologías ansiosas y a los rasgos obsesivos de la personalidad. (29)

Este segundo tipo de narcisismo o de ambición aparece asociado más frecuentemente a los trastornos cardiovasculares y a la hipertensión. La vivencia del estrés en estos sujetos no se produce en forma de ansiedad, preocupación, miedo o pesadumbre. Por el contrario, se deriva hacia formas vegetativas y corporales de manifestación del estrés y de la tensión, que provocan el funcionamiento anómalo de las vísceras. El individuo con estas características (de tipo A y alexitimia) no está preocupado por su estrés. Sólo lo estará cuando el organismo fracase y le avise de ello en forma de infarto o de angina de pecho. (29)

Son varios los estudios que prueban que existe una asociación entre las enfermedades depresivas y ansiosas y la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio y muerte súbita). También hay estudios que muestran una peor evolución de los trastornos cardiovasculares en los pacientes que tienen patología depresiva. No obstante, esta asociación contiene numerosas incertidumbres. La primera viene dada por la inexactitud en los diagnósticos de depresión y ansiedad. es importante el tratamiento farmacológico de los cuadros ansioso-depresivos en los pacientes con enfermedad cardiovascular. El tratamiento antidepresivo mejorará la desregulación noradrenérgica (ciertos neurotransmisores) y hormonal ligada a estos cuadros y mejorará la actitud del paciente hacia el cuidado de su enfermedad y la mejora de sus hábitos vitales. (29)

2.1.1.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

La salud es definida por la OMS desde 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, así la salud deja de ser un aspecto solamente médico- biológico y da pie a parámetros como el bienestar emocional y social en las personas enfermas. La calidad de vida, la reacción psicológica al padecimiento, el esfuerzo del paciente para manejar su enfermedad y sus esfuerzos de adherencia al tratamiento son algunos aspectos que más toma en cuenta la Psicología de la Salud para con las enfermedades crónicas ya que son padecimientos que no tienen una cura pero que sin duda necesitan de asistencia para su manejo. (30)

Dichas enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar y un abordaje Biopsicosocial ya que los factores sociales tienen relevancia en el paciente y junto con los aspectos psicológicos se vuelven fundamentales para su tratamiento, la necesidad del apoyo psicológico es claro y desde el momento del diagnóstico es pertinente contar con apoyo por la pérdida de la salud y aunarlo a explicaciones adecuadas de la enfermedad manifestada. El psicólogo como trabajador de la salud debe alentar al paciente a llevar el tratamiento más adecuado según su enfermedad, en el caso del paciente con Diabetes Mellitus crónica ayudarlo durante las consultas a generar los cambios pertinentes en su vida como lo son el cambio de dietas, el ejercicio rutinario y la toma oportuna de medicamentos. (30)

Debido a la importancia y gran preocupación por los cambios en la salud de la población mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los profesionales de diferentes áreas, se han puesto en la tarea de establecer criterios de evaluación y diagnóstico y profundizar en aquellas enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y desproporcionada, como es el caso de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). (30) En la actualidad, se considera que las ECNT son causadas en gran medida por factores de riesgo asociados al comportamiento, que dependen en gran parte de variables económicas como el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y la educación. (30)

Para la psicología de la salud, las ECNT son de gran importancia, por lo que se han propuesto diferentes intervenciones, apoyadas en la evidencia empírica de su eficacia, que podrían mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. Desde el modelo cognoscitivo conductual, se supera la brecha entre la intención y el comportamiento, y se sugiere una distinción entre los procesos motivacionales pre-intencionales y los procesos volitivos post-intencionales (los cuales conducen al comportamiento saludable como tal). Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro o como lo dice Hanson y Gluckman, ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral. Según Martos, Pozo y Alonso, la enfermedad crónica se puede definir como "aquella que, por un lado, comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad". (30)

2.2.2 Marco Teórico

5. Somatización

a) Conceptualización

El término «somatización» en sentido amplio se refiere a cualquier queja somática que pueda tener un origen psicógeno. Se pueden distinguir dos tipos de somatización: en primer lugar, las somatizaciones sin sustrato orgánico o trastorno somatomorfo, como el trastorno de conversión, el trastorno de somatización (tal como lo describe el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición revisada), el trastorno por dolor, la hipocondría, la depresión enmascarada, la simulación y el miedo a una dismorfia corporal; en segundo lugar, las somatizaciones con sustrato orgánico: enfermedades médicas influidas por factores psicológicos (trastornos llamados psicósomáticos) y el trastorno facticio. (31)

Todas estas entidades causan sufrimientos y una alteración del funcionamiento social, familiar y profesional. La somatización crónica a menudo induce una relación médico-paciente insatisfactoria y que puede ser iatrogénica, pues a veces tiende a permanecer los trastornos. Las somatizaciones agrupan entidades clínicas muy variadas y a cada una le corresponde un tratamiento específico. El tratamiento por lo general es multidisciplinario. (31)

La somatización (síntomas corporales sin causas orgánicas documentables) es frecuente en la práctica médica general, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias. En el estudio multicéntrico sobre "Síntomas psicológicos en atención primaria", organizado por la OMS y realizado en cinco continentes, encontramos en Santiago de Chile una prevalencia de este trastorno en los consultantes de atención primaria de 17,7%, siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10. La prevalencia promedio para todos los centros estudiados fue de 2,7% y se elevó a 8,9% al utilizar los criterios diagnósticos propuestos por Escobar (Somatic Symptom Index). En ese mismo estudio, la población con alguna patología médica crónica presentó un riesgo aun mayor para el cuadro de somatización, con una razón de disparidad ("*odds ratio*") de 2,02. En la muestra de Santiago de Chile este riesgo fue significativamente mayor, con una razón de disparidad de 13,31, constituyéndose en el segundo cuadro psiquiátrico más importante en comorbilidad con patología médica crónica. (32)

En la práctica clínica, los trastornos somatomorfos se superponen y habitualmente se presentan con síntomas y signos multifocales. El espectro de presentación varía de moderado a severo y puede basarse principalmente en síntomas (hipocondría) o en signos (trastorno conversivo). (33)

No todo el que somatiza padece de un trastorno somatomorfo y la somatización como síntoma puede hacer parte de procesos normales de duelo, así como de trastornos depresivos, de ansiedad y de algunas psicosis. Entre el 63 y el 94 % de pacientes deprimidos somatizan en algún momento de la enfermedad. Cuando la somatización es el síntoma principal, es decir, que lo que predomina en el cuadro clínico del paciente es la presencia de síntomas físicos no intencionales que sugieren una condición médica general, pero que no se pueden explicar fisiopatológicamente, el diagnóstico debe ser el de *trastorno somatomorfo*, que de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) se clasifican en: trastorno de somatización, trastorno por conversión, hipocondriasis, trastorno por dolor, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatomorfo no especificado y trastorno somatomorfo indiferenciado. El trastorno de somatización, cuya base histórica es el síndrome de Briquet, se presenta con una prevalencia cercana al 2% en la población general, siendo más frecuente en mujeres en edad media. Inicia en la adolescencia, presenta un curso crónico (varios años) y fluctuante y la extensa historia médica de consultas a diferentes especialistas por síntomas médicos inexplicables es la regla (14-17). Usualmente la descripción de los síntomas por parte de las pacientes es vaga, dramática, el relato puede estar cargado de ansiedad y en ocasiones de queja y demanda, al considerar que los médicos son incapaces de precisar un diagnóstico y encontrar la causa orgánica de sus dolencias. Trastorno conversivo es el proceso mediante el cual una persona convierte involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo o ambos. (34)

Raramente se presenta en niños menores de diez años o en adultos mayores de treinta y cinco, es también más frecuente en las mujeres, con una proporción hasta de 10 a 1, estando relacionada su aparición con eventos vitales altamente estresantes para el individuo. Puede cursar con la "bella indiferencia" que se refiere a la paradójica e inapropiada ausencia de preocupación y ansiedad que muestran los pacientes frente a los síntomas, se observa en adultos, no en niños o adolescentes quienes reaccionan con miedo y desesperanza frente a los déficits neurológicos. (34)

En la actualidad, la "bella indiferencia" no hace parte de los criterios diagnósticos del trastorno, pero en la práctica clínica diaria puede ser un elemento adicional para tener en cuenta cuando se considera el diagnóstico de conversión. Tampoco es patognomónica, pues algunos pacientes con enfermedad neurológica tradicional pueden presentarla (33)

El trastorno conversivo es una forma específica de trastorno somatomorfo en la que el paciente se presenta con síntomas y signos que están confinados al sistema nervioso central voluntario. Los criterios específicos de diagnóstico del trastorno conversivo según DSM IV son:

1. Uno o más síntomas o déficits que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren enfermedad neurológica o médica.
2. Se considera a los factores psicológicos como asociados al cuadro por su relación con inicio o exacerbación.
3. El síntoma no es producido intencionalmente ni es simulado.
4. El síntoma no se explica por una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
5. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
6. El síntoma no se limita a dolor o disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otra enfermedad mental. (33)

La depresión es citada como uno de los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados a los trastornos somatomorfos: Se ha identificado depresión mayor en un 30 a 60% de pacientes con dolor crónico y en 48 a 90% de los pacientes que somatizan. (33)

b) Factores desencadenantes

- FACTORES GENÉTICOS

La propuesta clásica de una base genética común para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo. Habría también factores genéticos en la presentación de este trastorno. Los datos indican que tiende a darse en familias, ocurriendo en el 10 a 20 % de los familiares femeninos de primer grado de un paciente con trastorno por somatización. En estas familias, los parientes masculinos de primer grado estarían más propensos a ser abusadores de sustancias y a tener un trastorno de personalidad antisocial. Un área de la investigación en neurociencias básicas que está siendo relevante en el estudio de los trastornos somatomorfos en general, es aquella que concierne a las citoquinas. Estas son moléculas mensajeras que el sistema inmune utiliza para comunicarse tanto con sus propios integrantes como con el sistema nervioso, incluido el cerebro. Algunas de las citoquinas involucradas en esta entidad mórbida serían las interleuquinas, el factor de necrosis tumoral y el interferón. (10)

- FACTORES BIOLÓGICOS

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón verbal en estos pacientes muestra una identidad del self negativa y confusa con dos las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional. Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro. (10)

- FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

Parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización. Las mujeres que presentan un trastorno por somatización suelen tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente y suelen casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos. En varones se relaciona más con situaciones legales, del servicio militar o a compensación por incapacidad, pensiones de veteranos o económicas postraumas. Las experiencias infantiles tienen interés en la formación del carácter del somatizador desde unas carencias afectivas en la infancia, un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres (10)

c) Clasificación

En el DSM – III se utiliza por primera vez el término trastorno de somatización como diagnóstico oficial. La sustitución del término síndrome de Briquet por el de trastorno de somatización viene motivada por el interés de suprimir, en esa versión del manual diagnóstico, la mayor parte de epónimos. En esta edición del DSM se incluye igualmente por primera vez la categoría de trastornos somatomorfos, en la que se incluyeron siete trastornos, a saber: trastorno de somatización, trastorno somatoforme, indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, y trastorno somatoforme no especificado. El trastorno por somatización queda definido, con un carácter esencialmente descriptivo, como un desorden crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer. El número de síntomas evaluados pasa de los 60 del listado original a 37 (necesariamente de orden pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar), excluyéndose, entre otros, los síntomas de carácter psicológico como, por ejemplo: nerviosismo, sentimientos depresivos, facilidad de llanto o pensamientos suicidas. Para recibir el diagnóstico se requiere la presencia de historia de al menos 12 síntomas en hombres y 14 para las mujeres. (35)

Con el DSM – III – R, se iguala en 13 el número de síntomas para hombres y mujeres, y el número de síntomas a evaluar se reduce de 37 a 35. Otra importante modificación es la inclusión de la creencia de estar enfermo como criterio primario y una alternativa a la presencia de múltiples síntomas; característica diagnóstica ésta que no será mantenida en el DSM – IV También se explicita que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluye también como síntoma diagnóstico aquel que, aun poseyendo un origen médico, ocasiona un malestar excesivo al que cabría esperar por la historia clínica. El DSM – III - R propone siete síntomas que podrían considerarse casi patognomónicos: dismenorrea, nudo en la garganta, vómito, dificultades para respirar, ardor en recto, genitales o boca, dolor en extremidades y amnesia. En los criterios para el trastorno de somatización propuestos en el DSM – IV (APA,1994) se pretendió realizar una definición desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de la facilidad y comodidad a la hora de establecer el diagnóstico. El número de síntomas queda reducido a ocho en ambos sexos. Los síntomas han de especificarse, requiriéndose al menos una historia de cuatro síntomas de dolor, dos gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico. También se eliminó el criterio referido a la creencia de tener una enfermedad, junto con la referencia explícita al carácter de screening de algunos síntomas. (35)

Finalmente, en el DSM – V se introduce la idea de que argumentar que un síntoma es médicamente inexplicable deslegitima la experiencia del paciente por lo que un diagnóstico sobre estos síntomas no debe realizarse por exclusión; pero al mismo tiempo considerar a cualquier persona con al menos una enfermedad física como trastorno mental no sería tampoco acertado. En este manual se reagrupan las categorías del Trastorno de Somatización, Somatomorfo Indiferenciado y Trastorno por Dolor en la denominación de Trastorno de Síntomas Somáticos. La investigación sugiere que es más relevante el número total de síntomas, la preocupación y la angustia emocional que causan y la dificultad del individuo para afrontarlos, que, si éstos son inexplicados o no, lo que se relaciona con la discapacidad y el uso excesivo de los servicios sanitarios. Es decir, el foco ahora está en los pensamientos, afectos y comportamientos auto- reportados del paciente. (35)

Estos cambios significativos en los criterios diagnósticos desde la perspectiva del DSM plantean grandes dificultades en la investigación y en el abordaje, sin embargo. No sólo requieren la revisión de los instrumentos de diagnóstico existentes y los inventarios de síntomas, también dificultan la interpretación de la literatura existente, debido a que la entidad que se estudió previamente no se acopla perfectamente con la entidad recién redefinida. (35)

6. Trastornos de síntomas Somáticos

Trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente y pueden acompañar o no a una enfermedad médica conocida. (36)

Síntomas físicos / somáticos

Los síntomas físicos sin explicación médica son llamados, según Gorosabel en 2013, físicos por los médicos de atención primaria, y somáticos por los especialistas de salud mental (en parte para distinguir los síntomas corporales de otros tipos de síntomas, por ejemplo, cognitivos, o emocionales). Para dicho autor, los dos adjetivos son sinónimos y, en gran medida, se utilizarán indistintamente, tal y como se realizará a lo largo de la presente revisión. Al etiquetar un síntoma como somático se evocan los términos “somatización” y “somatomorfo”. Por consiguiente, un mal entendimiento de los síntomas corporales puede llevar inadvertidamente a asumir una causa psicológica. Los síntomas somáticos son comúnmente una mezcla de factores físicos y psicológicos, más que puramente el resultado de uno u otro. (35)

La razón para la ausencia de explicación médica de algunos síntomas suele ser la ausencia de hallazgos objetivos en los exámenes físicos o pruebas diagnósticas, aunque también puede deberse a la naturaleza engañosa o vaga de los síntomas objetivos en algunos pacientes, lo cual puede causar desacuerdo entre diversos profesionales, o un sobrediagnóstico de enfermedades somáticas. (35)

Sobre esa misma línea, puede ser también inexacto equiparar los síntomas físicos con trastornos físicos, ya que muchos pacientes estables con trastornos médicos son asintomáticos y muchos pacientes con síntomas físicos no tienen un trastorno médico que dé cuenta de la presencia y/o gravedad de sus síntomas físicos. (35)

Los síntomas físicos incluyen sensaciones corporales como dolor de espalda, dolor de cabeza, trastornos intestinales, mareos, palpitaciones, fatiga, y numerosas otras perturbaciones. Varias disfunciones físicas básicas, como las de sueño, apetito, fatiga o pérdida de energía, también se incluyen en el término somático. (35)

7. Síntomas físicos / Síntomas psicológicos

En 1970 Goldberb & Blackwell, denominaron morbilidad psiquiátrica oculta a los pacientes que presentan síntomas somáticos y normalmente reciben tratamiento sintomático, mostrando que pacientes considerados enfermos mentales por sus médicos no se presentan con quejas mentales, sino en su mayoría con quejas somáticas. Dada la naturaleza eminentemente médica del primer nivel de atención y su accesibilidad, los pacientes pueden buscar la atención de síntomas somáticos, que a menudo son inespecíficos, sin revelar explícitamente su malestar psicológico. (35)

8. Síntomas físicos específicos

Brown en 2004 refiere que, en algunos casos, los síntomas representan el componente somático de una condición psiquiátrica diagnosticable, tal como la depresión y la ansiedad. En un estudio realizado en población clínica de salud mental en España con pacientes diagnosticados con dichos trastornos detallan una distribución de síntomas físicos que se resumen en la siguiente tabla (ver tabla 1). (35)

Tabla 1: Distribución de síntomas físicos en pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad. (Montalbán).

Síntomas	Porcentaje
Cansancio y problemas de sueño	80%
Dolor de cabeza	74%
Dolor de estómago, espalda, brazos, piernas y articulaciones	50%
Dolor torácico	46%
Palpitaciones	67%
Mareos	50%
Síntomas gastrointestinales	Entre el 44-y 54%
Dolores o problemas con las relaciones sexuales	31%
Episodios de desmayo	13%

Fuente: (35)

Los síntomas originados en el aparato digestivo son muy frecuentes, con una prevalencia de depresión de cinco veces y de ansiedad casi cuatro veces superior en los pacientes con síntomas gastrointestinales en comparación con pacientes que no presentaban tales síntomas. (35)

- El síntoma más documentado es el dolor. Sin embargo, la mayoría de las pacientes con dolor niegan abiertamente el componente afectivo, a pesar de tener otros síntomas psicopatológicos añadidos, como insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de libido, disminución de energía y anhedonia; o minimizan el estado de ánimo deprimido, que sólo atribuyen secundario a su dolor físico. Los síntomas somáticos dolorosos son dos veces más prevalentes en pacientes con trastornos de ansiedad que en el grupo control, y se asociaron significativamente con el funcionamiento y el estado de deterioro de la salud, tanto en el trastorno de ansiedad generalizado aislado como comórbido con trastorno depresivo. (35)

9. Criterios de diagnóstico

El Diagnostica and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5), publicado por American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría), enfatiza estos puntos en el diagnóstico del trastorno somatomorfo: (37)

- Tienes uno o más síntomas somáticos, por ejemplo, dolor y fatiga, que son angustiantes o causan problemas en tu vida diaria.
- Tienes pensamientos excesivos y constantes sobre la gravedad de tus síntomas, tienes un nivel de ansiedad persistentemente alto acerca de tu salud o de tus síntomas, o dedicas demasiado tiempo y energía a tus síntomas o preocupaciones sobre tu salud.
- Continúas teniendo síntomas que te preocupan, por lo general, durante más de seis meses, a pesar de que los síntomas pueden variar. (37)

2.2.2.2 RIESGO CARDIOVASCULAR

a. Hipertensión Arterial

Desde la perspectiva epidemiológica no existen una cifra clara de presión arterial que sirva para definir la hipertensión. En los adultos, existe un riesgo continuo cada vez mayor de enfermedad cardiovascular, apoplejía y nefropatía, de uno a otro extremo de las tensiones sistólicas y diastólicas. En forma semejante, los resultados de un metaanálisis que abarcó casi un millón de participantes indican que la mortalidad por cardiopatía isquémica, por apoplejía y por otras causas vasculares guarda relación directa con la cifra de presión arterial, que comienza en 115/75 mm Hg, sin que haya indicios de un nivel umbral o definitorio. El riesgo de enfermedad cardiovascular se duplica por cada incremento de 20 mm Hg en la presión sistólica y de 10 mm Hg en la diastólica. En sujetos de mayor edad y ancianos, la presión sistólica y la diferencial son los elementos de mayor peso que permiten anticipar la aparición de enfermedad cardiovascular, en comparación con la presión diastólica. (38)

En la esfera clínica se puede definir a la hipertensión como el nivel de presión arterial en la cual el tratamiento que se emprenda disminuye las cifras de morbilidad y mortalidad por presión arterial. En términos generales, los criterios clínicos actuales para definir la hipertensión se basan en el promedio de dos o más lecturas de presión arterial (sujeto en reposo) durante dos o más visitas extrahospitalarias. Una clasificación recomienda criterios para definir lo que es presión normal, prehipertensión, hipertensión (etapas I y II) e hipertensión sistólica aislada, situación frecuente en los ancianos. (38)

La mayoría de las personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente. Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. (38) La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares. La única manera de detectar la hipertensión es recurrir a un profesional sanitario para que mida nuestra tensión arterial. (39)

1. Clasificación

Clasificación según guía europea de cardiología

La HTA se define como una PAS \geq 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg medidas en consulta. Esta definición se basa en la evidencia de múltiples ECA que indica que el tratamiento de los pacientes con estos valores de PA es beneficioso. Se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, mientras que se adoptan otros criterios basados en percentiles para niños y adolescentes, ya que no se dispone de datos de estudios de intervención en estos grupos de edad. (40)

Tabla 2: Clasificación de la PA medida en consulta y definición de los grados de HTA

Categoría	Sistólica		Diastólica
Optima	<120	Y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥180	y/o	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	Y	<90

Fuente: ESC/ESH (40)

Clasificación según JNC8

La revisión de evidencias se basó en las personas mayores de 18 años con hipertensión, e incluyó estudios en los siguientes subgrupos: diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, fallo cardiaco, accidente vascular cerebral previo, enfermedad renal crónica, proteinuria, adultos mayores, hombres y mujeres, grupos étnicos y raciales, y fumadores. (41)

Tabla 3: Clasificación PA según The Eighth Joint National Committee (JNC 8)

GRADO DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
NORMAL	<120	<80
PREHIPERTENSIÓN	120-139	80-89
HIPERTENSIÓN GRADO I	140-159	90-99
HIPERTENSIÓN GRADO II	≥160	≥100
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	>140	<90

Fuente: JNC8 (41)

2. Factores clínicos de la Hipertensión

a. Hipertensión primaria

La hipertensión primaria tiende a ser de carácter familiar y posiblemente constituya una consecuencia de la interacción entre factores ambientales y genéticos. La prevalencia de esa forma de hipertensión aumenta con la edad (envejecimiento) y personas que de jóvenes tuvieron tensiones arteriales relativamente altas están expuestas a un mayor peligro de hipertensión. (38)

b. Obesidad y síndrome metabólico

Existe una asociación perfectamente probada entre la obesidad (índice de masa corporal $>30 \text{ kg/m}^2$) y la hipertensión. Aún más, estudios transversales señalan una correlación lineal directa entre el peso corporal (o el índice de masa corporal) y la presión arterial. (38)

c. Enfermedad del parénquima renal

Prácticamente todos los trastornos de los riñones pueden causar hipertensión y las nefropatías constituyen las causas más frecuentes de hipertensión secundaria. La hipertensión aparece en $>80\%$ de sujetos en insuficiencia renal crónica. En términos generales, la hipertensión es más intensa en glomerulopatías que en enfermedades intersticiales como la pielonefritis crónica. (38)

d. Hipertensión renovascular

La hipertensión causada por una lesión oclusiva de una arteria renal, llamada hipertensión renovascular, es una forma potencialmente curable de la hipertensión. Dos grupos de pacientes que están en peligro de sufrir este trastorno son los ancianos arterioscleróticos que poseen alguna placa que obstruye la arteria renal, a menudo en su punto de origen, y los individuos con displasia fibromuscular. (38)

3. La enfermedad cardiovascular psicósomática

Hace ya cuatro décadas que los médicos Friedman y Rosenman definieron la personalidad de tipo A como «la forma de ser más característica de los pacientes que padecían infartos de miocardio e Hipertensión Arterial». La personalidad de tipo A, según estos autores, se caracteriza por la ambición y la hostilidad. Más en detalle, estos individuos se definen por la tensión, la hiperactividad encaminada al rendimiento y a la consecución de logros de manera constante, la falta de reflexión y de introspección, la vivencia de presión del tiempo, el alto nivel de exigencia con uno mismo y con los demás, la tendencia a la intransigencia y la intolerancia hacia la expresión emocional abierta. Son varios los estudios que prueban que existe una asociación entre las enfermedades depresivas y ansiosas y la cardiopatía isquémica o enfermedad. También hay estudios que muestran una peor evolución de los trastornos cardiovasculares en los pacientes que tienen patología depresiva. (29)

4. La somatización cardíaca

La somatización cardíaca

Los denominados trastornos somatomorfos en las clasificaciones psiquiátricas se caracterizan por la presencia de síntomas físicos para los que no se encuentran causas orgánicas reales y en los que se sospecha la influencia de factores psíquicos. El trastorno somatomorfo no se puede diagnosticar tan sólo por la ausencia de una causa física conocida, sino que debe existir además un cortejo psicológico específico y reconocible. Estos signos deben indicar la presencia de:

1. Somatización ansioso-fóbica

El síntoma principal es la sensación de asfixia. De todas las fobias a morir, la más ancestral, y por tanto la más refleja, es la de morir asfixiado. El primer síntoma, y el más devastador de las crisis de pánico, es la sensación súbita de ahogamiento, y de ahí derivan tanto la claustrofobia como la agorafobia. El paciente nota súbitamente que los pulmones no se pueden mover y que el aire no fluye hacia el pecho. Inmediatamente el corazón se dispara y late con violencia. (29)

En algunos casos, en lugar de taquicardia se producen palpitaciones o la sensación terrible de que el corazón se ha parado. En las formas menores de ansiedad no existe la vivencia de ahogamiento, pero el paciente nota angustiada cómo el aire entra con dificultad y en cantidad insuficiente a sus pulmones. Es raro que una persona consulte en psiquiatría por crisis de pánico sin que antes haya acudido a un especialista en cardiología. Aparte de ser una medida entendible y razonable (conviene siempre descartar la existencia de causas cardíacas), esta actitud muestra cómo la vivencia principal del paciente es la de que su corazón ha fracasado y le amenaza la muerte. La angustia primaria de estas crisis no se vive como tal, es decir, como pánico inmotivado, sino como temor súbito a la muerte de causa cardíaca. O, mejor aún, como sensación súbita de muerte. Por tanto, el núcleo de la somatización cardíaca de origen ansioso-fóbico son las vivencias de ahogamiento y arritmia. (29)

2. Somatización hipocondríaca

Algunos pacientes tienen un componente obsesivo del síntoma cardíaco y reflejan una actitud más hipocondríaca que fóbica; más que la sensación de ahogo o de parada cardíaca, lo que domina el mundo psíquico del paciente hipocondríaco es la ideación obsesiva (repetitiva, intrusa, invasora de toda la actividad psíquica) acerca de las posibles consecuencias o de los factores asociados al fallo cardíaco («¿me habrán visto bien?», «¿habré dicho lo que tenía que decir?», «¿habré hecho algo indebido para que me pase esto?». (29)

3. Somatización como actitud vital

En otros pacientes, las conductas de enfermedad y la cronicidad de los síntomas cardíacos están regidas no tanto por la angustia de la incertidumbre como por la necesidad inconsciente de recibir atención y afecto. Es el caso de las somatizaciones denominadas en las clasificaciones actuales trastornos por somatización. (29)

La reacción adaptativa a la enfermedad cardíaca

El porcentaje de pacientes con enfermedades cardíacas que sufren algún trastorno depresivo de distinto grado supera el 50%. (29)

A esta elevada proporción contribuyen varios factores:

- f) El perfil de los pacientes que sufren cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria. Estas personas representan con frecuencia el perfil de individuo muy activo y con tendencia a la negación de las dificultades y de las insuficiencias (patrón de tipo A). Estos sujetos son especialmente sensibles a padecer cuadros depresivos ante la percepción de la limitación o de la vulnerabilidad, lo que hace más difícil su recuperación psicológica.
- g) La naturaleza simbólica misma de la enfermedad cardíaca. El funcionamiento del corazón es percibido y sentido como el factor limitante, el fundamental, de la propia vida. (29)

5. Somatización y ansiedad cardíaca

La ansiedad cardíaca de origen fóbico es, por lo general, endógena (por factores internos) y no debe ser atribuida a los acontecimientos inmediatos del entorno. Las experiencias negativas o estresantes pueden desempeñar alguna función en el desencadenamiento de la angustia, pero ésta no debe considerarse reactiva a las situaciones vitales. Ello podría llevar al paciente a una evitación inadecuada de acontecimientos, lugares o personas que no son responsables de sus crisis. La angustia cardíaca tiene su origen en procesos psíquicos y conflictos muy íntimos del paciente y en vulnerabilidades biológicas particulares. La fobia cardíaca puede durar muchos años, o incluso toda la vida, pero su intensidad disminuye con el tiempo hasta permitir al paciente realizar una vida normal y olvidarse de ella durante largos períodos. Con frecuencia, puede reaparecer en momentos vitales determinados, por lo general ligados a amenazas profundas a la seguridad y al equilibrio interno del paciente. Pero la intensidad nunca es como al inicio. (29)

b. Diabetes Mellitus

El término Diabetes Mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (42)

1. Clasificación

La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona. La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1 (DM1)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Diabetes gestacional (DMG)
- Otros tipos específicos de diabetes (42)

Con frecuencia las personas con DM2 llegan a requerir insulina en alguna etapa de su vida y, por otro lado, algunos DM1 pueden progresar lentamente o tener períodos largos de remisión sin requerir la terapia insulínica. Por ello se eliminaron los términos no insulino e insulino dependiente para referirse a estos dos tipos de DM. En la DM1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. (42)

Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulinoterapia es necesaria para que el paciente sobreviva. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. (42)

A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina y no está mediada por autoinmunidad. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anti-células de islotes (ICA), anti-tirosina fosfatasa IA-2 y antiinsulina; su detección permite subdividir la DM1 en autoinmune o idiopática. La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. La clasificación de la diabetes puede ser compleja en casos que inician la enfermedad antes de los 40 años. En este grupo, es frecuente observar obesidad en combinación con datos de deficiencia severa en la secreción de insulina manifestada por hiperglucemia de difícil control (42)

La mayoría de los casos tienen varios de los componentes del síndrome metabólico. Se asocia a una tasa alta de complicaciones crónicas y discapacidad temprana. Algunos de estos casos son portadores de mutaciones presentación tiene una mayor frecuencia en Latinoamérica que en otras regiones (42)

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) constituye el cuarto grupo. Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación. 42)

Las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo. Las complicaciones agudas son hiperglucemia, hipoglucemia y cetoacidosis diabética. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia. (42)

La hiperglucemia es una complicación común, causada por falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de la hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética, la complicación aguda más seria. La cetoacidosis diabética es una deficiencia relativa o absoluta de insulina junto a una elevación en hormonas de estrés que, en cambio, aumentan los niveles de glucosa en la sangre. Algunos síntomas de cetoacidosis son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náusea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación. (42)

2. Características clínicas

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes. Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes. Las personas con DMT1 por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (ej. cetoacidosis), lo cual tiene un impacto significativo en términos de la percepción de su salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento. (42)

La DMT2 por lo general se diagnóstica en visitas al médico rutinarias, o por quejas somáticas (ej. cansancio, visión borrosa), y la percepción del paciente sobre la seriedad del diagnóstico puede ser menor por la menor severidad de los síntomas y el tratamiento menos invasivo (ej. inyecciones de insulina vs. medicamentos). Por ende, la forma en que los/as profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser bien importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico. (42)

Se ha comprobado y ya es de conocimiento popular que el estrés interfiere con el aprendizaje. Por dicha razón, es importante ayudar al/la paciente a manejar adecuadamente el impacto emocional del diagnóstico, con el fin de poder comenzar con la educación en diabetes que va a requerir el/la paciente para manejar su condición. Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día el/la paciente debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida. Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de estas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional. (42)

Las investigaciones que comparan la calidad de vida reportada por adultos con diabetes y la población en general en su mayoría demuestran que adultos con diabetes con frecuencia reportan peor calidad de vida. Por otro lado, se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social, autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos. (42)

3. Aspectos psicológicos de los pacientes con Diabetes Mellitus

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia. El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con diabetes puede convertirse en un círculo vicioso y en el peor obstáculo para el manejo de su condición; una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad. El padecer una condición crónica como lo es la diabetes tiene efectos no solo físicos, sino psicológicos y emocionales. (5)

Entre los efectos físicos se han mencionado los síntomas y las complicaciones que pueden causar cambios en los estados de ánimo, como también cambios en el estatus mental. A estos efectos, se suman los psicológicos y emocionales de padecer una enfermedad crónica, la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés que puede estar asociado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo. (5)

Estos efectos, tanto físicos como psicológicos, ponen en riesgo a los/as pacientes con diabetes a sufrir dificultades en el ajuste y hasta problemas psicológicos con mayor frecuencia que las personas que no la padecen. Estudios han demostrado que las personas con diabetes en los Estados Unidos tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de presentar algún trastorno psicológico serio que las personas sin diabetes. (5)

2.2.2 MARCO CONCEPTUAL

Para la presente investigación es importante dejar en claro que los síntomas somáticos son las características principales de muchas enfermedades médicas, y se utilizan para evaluar la severidad y el curso de la enfermedad. Los síntomas somáticos pueden presentar una categoría de severidad, la cual puede ser medida a través de escalas de síntomas somáticos desarrolladas recientemente como una medición breve, donde el paciente informa la carga de síntomas somáticos que presenta, en base al puntaje las categorías de gravedad que pueden ser: bajo, medio, alto y muy alto (16)

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, se hace referencia a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. (43)

Los factores sociodemográficos se refieren a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación, considerando las subdivisiones de género, edad, estado civil, condición laboral, número de miembros en el hogar y nivel socioeconómico (44)

El riesgo cardiovascular corresponde a la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, incidencia a 10 años de un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular. La predicción del riesgo cardiovascular ha constituido, en los últimos años, la piedra angular en las guías clínicas de prevención cardiovascular, y deviene una herramienta útil del Médico de Familia para establecer prioridades en la atención primaria. (45)

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

a. Enfoque de Investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, porque se recolectaron datos en base a datos estadísticos y numéricos, se refiere a datos susceptibles de cuantificar.

b. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue descriptiva porque se buscó determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios y no se estableció relaciones de causa y efecto.

c. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental porque no se manipularon las variables, de corte transversal porque se realizó en un periodo de tiempo establecido de mayo a junio. Además, prospectivo ya que el inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogieron a medida fueron sucediendo.

B. Sujetos y Objeto de estudio

a. Unidad de análisis: población y muestra

La unidad de análisis fueron los usuarios con enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que consultaron en el área de consulta externa de la US I Barrios de San Salvador. La población de estudio correspondió a los usuarios que consultaron en el área geográfica de dicha unidad.

- Criterios de exclusión: aquellos pacientes que consulten en dicha área y que padezcan de una patología psiquiátrica, que presenten ambas enfermedades tanto Hipertensión Arterial como Diabetes Mellitus, pacientes que estén fuera del rango etario.

- Criterios de inclusión: pacientes masculinos o femeninos entre 30 a 59 años, pacientes con Hipertensión Arterial controlada o Diabetes Mellitus controlada, que consulten en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios.

A partir de 1 enero al 20 de marzo del presente año se obtuvo el total de pacientes atendidos en el área de consulta externa de la unidad de salud durante este periodo corresponden a 4,742 (ver tabla 4), sin embargo, la población de estudio que se considera para la investigación corresponde a los pacientes que consultan en el área de consulta externa que presenten ya sea Hipertensión Arterial (427) o Diabetes Mellitus (149) que representan un total de 576 (ver tabla 5 y 6). El promedio de consulta mensual por Hipertensión Arterial son 145 y Diabetes Mellitus 51. La muestra de estudio se determinó a partir de la calculadora QuestionPro (ver fig. 1), donde se consideró el nivel de confianza del 95% para obtener la muestra de pacientes a quienes se les administro el instrumento que corresponde a 46 pacientes con Diabetes Mellitus y 106 pacientes con Hipertensión Arterial.

FIGURA 1. Cálculo de muestra, pacientes con Diabetes Mellitus

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza: 95% 99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

Fig. 1 Calculo descriptivo de la muestra de estudio en calculadora QuestionPro.

FIGURA 2. Cálculo de muestra, pacientes con Hipertensión Arterial

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza : 95% 99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

Fig. 2 Calculo descriptivo de la muestra de estudio en calculadora QuestionPro.

Tabla 4. Total, de consulta ambulatoria atendida mes por mes, periodo de 1 enero al 20 de marzo de 2022

Atención Ambulatoria Mes por Mes													
Año: 2022													
Nivel Central													
Reportados por UCSFI San Salvador SS Barrios *													
----- Médico -----													
----- Consulta Externa -----													
Consultas Curativas + Atenciones Preventivas													
MINSAL+FOSALUD													
Establecimiento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
UCSFI San Salvador SS Barrios *	2,034	1,561	1,147	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,742

FUENTE: SIMMOW, UCSF Barrios periodo 1 enero al 20 de marzo 2022

Tabla 5. Total, de consultas por Hipertensión Arterial, periodo del 1 enero al 20 de marzo 2022

Consultas Curativas			
Lista de Morbilidad por Categorías por Grupo etéreo.			
Utilizando DIAGNOSTICO PRINCIPAL			
Periodo del 01/01/2022 al 20/03/2022			
Nivel central			
Reportados por UCSFI San Salvador SS Barrios *			
Departamento de San Salvador			
Municipio de SAN SALVADOR SS			
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)			
Rangos	Masculino	Femenino	Totales
	Consultas Curativas	Consultas Curativas	Consultas Curativas
Perinatal		0	0
Neonatos		0	0
<1		0	0
1 - 4		0	0
5 - 9		0	0
10 - 14		0	0
15 - 19		0	0
20 - 24		0	0
25 - 59	65	192	257
60 a +	55	115	170
Totales	120	307	427

Fuente: SIMMOW, UCSF Barrios periodo de 1 enero al 20 de marzo 2022

Tabla 6. Total, de consultas por Diabetes Mellitus, periodo de 1 enero al 20 marzo 2022

Consultas Curativas Lista de Morbilidad por Categorías por Grupo etáreo. Utilizando DIAGNOSTICO PRINCIPAL Período del 01/01/2022 al 20/03/2022 Nivel central Reportados por UCSFI San Salvador SS Barrios * Departamento de San Salvador Municipio de SAN SALVADOR SS Diabetes Mellitus (E10-E14)			
Rangos	Masculino	Femenino	Totales
	Consultas Curativas	Consultas Curativas	Consultas Curativas
Perinatal	0	0	0
Neonatos	0	0	0
<1	0	0	0
1 - 4	0	0	0
5 - 9	0	0	0
10 - 14	0	0	0
15 - 19	0	0	0
20 - 24	0	0	0
25 - 59	21	72	93
60 a +	19	37	56
Totales	40	109	149

Fuente: SIMMOW, UCSFI Barrios periodo de 1 enero al 20 de marzo 2022

Por otro lado, el tipo de muestreo fue de tipo probabilístico ya que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. Además, fue sistemático ya que se enumeraron todos los elementos de la población, es decir, población de pacientes con Hipertensión Arterial y población de pacientes con Diabetes Mellitus. Dividiendo el tamaño de la población de estudio entre el tamaño de la muestra obteniendo una constante de muestreo (k). Por medio de la formula: $k = N/n$.

- Población con Hipertensión arterial. Donde: N: población (145) n: muestra (104). Población de 145 (N) se seleccionó una muestra de 104(n), sustituyendo los valores: $k = 145 / 104 = 1.39$. Por lo tanto, se seleccionó aleatoriamente (por azar) un número del 1 al 145 y luego se seleccionó de 1 en 1 hasta completar 104.

- Población con Diabetes Mellitus. Donde: N: población (51) n: muestra (46). Población de 51 (N) se seleccionó una muestra de 46(n), sustituyendo los valores: $k = 51 / 46 = 1.10$. Por lo tanto, se seleccionó aleatoriamente (por azar) un número del 1 al 51 y luego se seleccionó de 1 en 1 hasta completar 46.

C. Variables e indicadores

Variable	Definición conceptual de variable	Indicador
Factores sociodemográficos.	Características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación.	Sexo Ocupación Estado civil Escolaridad Edad
Síntomas somáticos por sistemas más frecuentes.	Características principales de muchas enfermedades médicas, y se utilizan para evaluar la severidad y el curso de la enfermedad, en relación con los sistemas del organismo humano.	Inmunológico general Cardiovascular Respiratorio Gastrointestinal Neurosensorial Musculoesquelético Piel y alergia Genitourinario Aparato reproductor femenino
Categoría de severidad de síntomas somáticos.	Puede ser medida a través de escalas de síntomas somáticos desarrolladas recientemente como una medición breve, donde el paciente informa la carga de síntomas somáticos que presenta.	Leve Moderado Grave

D. Técnicas, materiales e instrumento

Técnica:

Las encuestas son un método de investigación y recopilación de datos utilizadas para obtener información de personas sobre diversos temas. Las encuestas tienen una variedad de propósitos y se pueden llevar a cabo de muchas maneras dependiendo de la metodología elegida y los objetivos que se deseen alcanzar. (46)

Se llevo a cabo la encuesta a pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 Años. Con el propósito de utilizar un procedimiento técnico, el cual nos ayudó a recolectar los datos de manera objetiva y eficiente.

Método:

Para la recolección de datos, se realizaron las gestiones referidas a las autorizaciones mediante un permiso al director de Unidad de Salud. Primero se tramito la carta de presentación del perfil a la universidad, luego a la institución donde se ejecutaría el estudio, y posteriormente se presentó ante las autoridades pertinentes. Al recibir el visto bueno de ella, se iniciaron las actividades. En cuanto a la población, el epidemiólogo de la unidad de salud se facilitó a través del SIMMOW, el cual permitió identificar la cantidad de pacientes. Al identificarse la cantidad de pacientes, se coordinó con las autoridades para realizar las encuestas en un tiempo de unas dos semanas. Se realizo en el mes de junio 2022, en donde se tomaron los sábados y domingos principalmente.

La visita a cada paciente se tomó en un tiempo aproximado de 10 a 20 minutos en áreas de consulta externa, se pasó el instrumento a 10 pacientes por día como promedio y previo a ello se solicitó el consentimiento informado (ver anexo 4). Al culminar el trabajo de campo, se procedió a revisar cada una de las encuestas realizadas, se verifico la calidad del llenado y la codificación respectiva.

Por medio del instrumento utilizado en esta investigación (Escala de Síntomas Somáticos Revisada) se hizo entrega y distribución de encuesta que contenían los ítems a evaluar, informándose a los participantes los objetivos de la investigación, la confidencialidad, forma de contestar los cuestionarios y obtener la firma de consentimiento informado. Todos los participantes recibieron la misma información, la aplicación del instrumento tomó aproximadamente diez minutos. Se interrogó a los participantes si estaban interesados en los resultados del cuestionario o si requerían algún apoyo de tipo médico y/o psicológico, informándole sobre los centros de atención médica y orientarlo sobre la mejor opción para él.

Instrumento:

Escala de Síntomas Somático Revisada (ESS-R) de Sandín y Chorot, 1999. Cuestionario de autoinforme de tipo Likert, que detecta la frecuencia de aparición de diferentes síntomas en el último año. En consecuencia, se optó por la validación de la escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R), la cual fue construida en España por Sandín desde un trabajo exploratorio de síntomas. Esta escala tiene un formato de autoinforme y permite detectar las quejas somáticas presentadas en el último año de forma rápida, válida y confiable en población general y de estudiantes. (47)

En la revisión de la bibliografía se observó que algunos investigadores han aplicado la escala ESS-R, la cual ya fue previamente validada. Posee una estructura de ocho factores correlacionados (inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel-alergia y genitourinario) en ambos géneros, con consistencia interna alta y distribución asimétrica positiva, además de unidimensional para los síntomas del aparato reproductor femenino. La estructura dimensional de la escala está propuesta desde un análisis de contenido y cálculos de consistencia interna. Como instrumento de medida se empleó la escala de síntomas somáticos revisada ESS-R que consta de 90 ítems y toma como base los síntomas más comunes en los trastornos que afectan a los diferentes sistemas del organismo humano: inmunológico general (iG): 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65 y 73, cardiovascular (CV): 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66 y 74, respiratorio (RS): 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67 y 75, gastrointestinal (Gi): 4, 12,

20, 28, 36, 44, 52, 60, 68 y 76, neurosensorial (NS): 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69 y 77, musculoesquelético (ME): 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70 y 78, piel y alergia (PA): 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71 y 79, genitourinario (GU): 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72 y 80, y aparato reproductor femenino (RF): 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89 y 90. (Ver Anexo No. 2). Los participantes contestaron cada ítem señalando la frecuencia con la que hayan experimentado cada síntoma durante el último año, de acuerdo con un rango de cinco puntos: 0 "Nunca"; 1 "raras veces (no más de una vez al año)"; 2 "algunas veces"; 3 "frecuentemente (aproximadamente una vez al mes) y 4 "más de una vez al mes". (47)

La estabilidad temporal para un periodo de un mes varía de 0.73 a 0.82 por la correlación *test-retest*. Se ha encontrado alta validez predictiva con otros indicadores de salud física. Los valores de consistencia interna de la escala y los factores se estimaron por el coeficiente alfa de Cronbach (α). Para evaluar la validez estructural de la escala se aplicó análisis factorial confirmatorio, empleando el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). (47)

Se consideraron siete índices de ajuste: el cociente *Ji cuadrada/gl* y el valor de la función de discrepancia (*FD*) (≤ 2 buen ajuste y ≤ 3 adecuado), el parámetro de no centralidad poblacional (*PNCP*) (≤ 1 buen ajuste y ≤ 2 adecuado), el error cuadrático medio de aproximación (*RMS EA*) y el residuo estandarizado cuadrático medio (*RMS SR*) (≤ 0.05 buen ajuste y < 0.08 adecuado), así como el índice de bondad de ajuste de Jöreskog-Sörbom (*GFI*) (≥ 0.95 buen ajuste y ≥ 0.90 adecuado) y su forma ajustada (*AGFI*) (≥ 0.90 buen ajuste y ≥ 0.85 adecuado). La normalidad de las distribuciones se contrasta por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se contrasta un modelo de ocho factores correlacionados con diez indicadores cada uno en la muestra conjunta de mujeres y hombres. Se observan indicadores y correlaciones con valores no significativos, resultando en general los índices de ajuste malos (*FD* = 10.97, *PNCP* = 3.64, *GFI* = 0.72 y *AGFI* = 0.70), salvo *Ji cuadrada/gl* = 1.49 y *RMSEA* = 0.03. Los valores de consistencia interna de los factores son altos con diez indicadores para cada uno, variando de 0.72 (iG) a 0.87 (Gi) con una media de 0.80. (47)

Al reducir los indicadores y quedarse con los mejores y más homogéneos (cuatro por factor, salvo tres para inmunológicos generales) se validó la estructura de ocho factores comunes a hombres y mujeres. Aunque pareció subyacer un factor general de somatización, el modelo de factores correlacionados se ajustó mejor a los datos, a lo que contribuye sobre todo el reporte de los hombres. Las mujeres parecen diferenciar más las quejas de los distintos sistemas. No obstante, el modelo de factores correlacionados es válido para ambos géneros. Los valores de consistencia interna son altos, incluso al reducir indicadores, coincidiendo con los informados de 0.78 a 0.92 por Sandín. (47) Además, en 2020 dicha escala fue utilizada en una investigación en Perú sobre Evaluación Clínica de los Síntomas Somáticos en Pacientes Adultos en Condición Pre-Operatoria, donde se validó a partir de revisión de la prueba por un conjunto de 5 especialistas en el campo y en investigación, luego dieron su conformidad 93% de las formulaciones del contenido del instrumento, también se obtuvo la confiabilidad mediante una prueba piloto aplicado a 30 pacientes usuarios de un nosocomio local estatal, se encontraron valores mayores al 0.89 demostrando una alta confiabilidad en la medición de la variable somática. (55) Por otro lado, a los participantes se les informó sobre los objetivos del estudio y las recomendaciones sobre la forma en que se responde el cuestionario. La participación fue voluntaria y anónima con consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad de la información.

E. Procesamiento y análisis de la información

Los datos de la evaluación fueron ingresados en la matriz de datos y luego trasladadas al programa estadístico Microsoft Excel, donde se registraron los datos por iniciales del nombre de cada participante, para guardar la privacidad del paciente, para el análisis correspondiente de forma descriptiva con las características detalladas de la muestra, la información precisa de los resultados obtenidos se realizaron tablas descriptivas señalando las frecuencias y porcentajes sociodemográficos y para cada dimensión del instrumento de síntomas somáticos que posteriormente se interpretaron y analizaron en la discusión de resultados.

F. Matriz de congruencia

Título: Categoría de Severidad de Síntomas Somáticos en Pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años						
Enunciado del problema: ¿Cuál es la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a junio de 2022?						
Objetivo general: Determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a junio de 2022.						
Objetivos específicos	Unidades de análisis	Variables	Operacionalización de las variables	Indicadores	Técnicas e instrumentos para utilizar	Ítems
Identificar los factores sociodemográficos más frecuentes en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.	Pacientes diabéticos e hipertensos entre 30 a 59 años	Factores sociodemográficos	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo	Encuesta	A1: Femenino A2: Masculino
			Cualitativa nominal politómica	Ocupación		B1: Ninguna (Desempleado) B2: Ama de casa B3: Empleado formal

						B4: Empleado informal
				Estado civil	Encuesta	C1: Soltero C2: Acompañado C3: Casado C4: Divorciado C5: Separado C6: Viudo
				Nivel educativo	Encuesta	D1: Ninguno D2: Primaria D3: Secundaria D4: Bachillerato D5: Universitario
			Cuantitativa continua	Edad	Encuesta	E1: 30 a 59 Años
Conocer los síntomas somáticos por	Pacientes diabéticos e	Síntomas somáticos por sistemas	Cualitativa ordinal	Inmunológico general	Escala de síntomas somáticos	F1, IG: 1, 9, 17,

<p>sistemas del organismo humano más frecuentes que se presentan en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial</p>	<p>hipertensos entre 30 a 59 años</p>	<p>más frecuentes</p>		<p>Cardiovascular</p> <p>Respiratorio</p> <p>Gastrointestinal</p>	<p>revisada (ESS-R; Sandín, 1999)</p>	<p>25, 33, 41, 49, 57, 65 y 73</p> <p>F2, CV: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66 y 74</p> <p>RS: 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67 y 75</p> <p>F3, GI: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68 y 76</p>
---	---------------------------------------	-----------------------	--	---	---------------------------------------	---

				Neurosensorial		F4, NS: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69 y 77,
				Musculoesquelético		F5, ME: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70 y 78
				Piel y alergia		F6, PA: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71 y 7
				Genitourinario		

				Aparato reproductor femenino		F7, GU: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72 y 80 F8, RF: 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89 y 90
Establecer la categoría de severidad de síntomas somáticos de acuerdo con los padecimientos de enfermedades crónicas de los pacientes que adolecen de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus	Pacientes diabéticos e hipertensos entre 30 a 59 años	Categoría de severidad de síntomas somáticos	Cualitativa ordinal	Leve Moderado Severo	Escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R; Sandín, 1999)	G1: 0 a 91 Leve G2: 92 a 230 Moderado G3: 173 a 320 Severo

G. Estrategias de utilización de resultados

Las estrategias por utilizar para incrementar la visibilidad de los resultados de investigación y ampliar la audiencia potencial se enfocaron en los repositorios digitales. De igual manera, se envió en formato impreso y digital a las instituciones involucradas en esta investigación, que son la biblioteca de la Universidad Evangélica de El Salvador como, así como la asociación que serán, las diferentes presentaciones por comités evaluadores y taller de investigación. Así como la socialización de los recursos en reunión con equipo local de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador. Los resultados serán publicados en la Universidad de Evangélica de El Salvador y utilizados por la institución donde se realizan las investigaciones para planes locales de intervención.

H. Aspectos ético-legales

Al respecto, se consideró los 4 principios que rigen la comunidad ética, en donde se consignó el cuidado de los participantes en el desarrollo del estudio con respeto humano, a los pacientes se les informó de los aspectos éticos detallados a continuación:

1. Principio de autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Se concibió en la investigación al tomar como referencia la decisión voluntaria del paciente de acceder a participar en el estudio. (53)
2. Principio de la beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Se tomó en cuenta incluyéndolo en el consentimiento informado, describiendo las ventajas directas, y de mencionar que no habrá riesgo alguno en la persona. (53)

3. Principio de no-maleficencia: No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. Se considerará la no implicancia de riesgos en la salud de los pacientes participantes, producto del desarrollo de la investigación. (53)

4. Principio de Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Avala las consideraciones humanas de los valores de respeto, igualdad entre los participantes. El trato cordial en todo momento de los pacientes durante las evaluaciones, no habiendo discriminación ni favoritismo en alguno. (53)

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. RESULTADOS

10. Análisis descriptivo

Los datos se vaciaron en una matriz de datos en EXCEL, las variables se colocaron en la fila de encabezamiento de cada columna, en las filas de la matriz se colocó la opción encontrada en cada participante que daba respuesta a cada variable del estudio. Para las variables de factores sociodemográficos, se agruparon en intervalos para presentar su distribución según las frecuencias encontradas. Se utilizó la fórmula de AUTOSUMA para poder obtener el total de cada indicador y posteriormente calcular el porcentaje de cada uno. Las tablas se utilizaron para presentar información de tipo repetitivo en forma comprensible para mostrar frecuencias, relaciones, contrastes, variaciones y tendencias.

En el caso de la variable de síntomas somáticos por sistemas los datos recolectados del cuestionario se vaciaron en una hoja de Microsoft Excel, donde se unificaron datos en las categorías respectivas con su codificación específica, los indicadores se subdividieron en resultados denominados bajo, medio y alto, según el puntaje obtenido utilizando prueba de Stanone la cual nos brindó los niveles de corte para dicha clasificación (Anexo 7), para dicha fórmula se utilizó el promedio y la desviación estándar por cada una de las dimensiones, el promedio consiste en la suma total del puntaje por dimensión entre el número de paciente encuestados, y con respecto a la desviación estándar utilizamos la función DESVEST en Excel además de la suma total del puntaje por dimensión, finalmente se utilizó la función de filtro y recuento automático de la hoja de Excel para determinar los resultados. Para la variable cualitativa en relación con la categoría de severidad de síntomas somáticos fueron ingresados al programa estadístico Microsoft Excel, donde se registraron en base a los datos de Hipertensión Arterial crónica y Diabetes Mellitus de acuerdo con los puntajes finales de cada dimensión, colocamos manualmente a cada paciente en base al resultado; 0 a 91 leve, 92 a 230 moderado y 173 a 320 severo.

Para posteriormente realizar la tabla en Microsoft Excel sumando los totales en relación con la categoría de severidad; para obtener el porcentaje se multiplico el número de resultado por 100 dividido en el número de la muestra total. Se recurrió a una tabla de datos para representar los datos, destacar los resultados y hacer comparaciones.

1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.

Durante el período de mayo a junio de 2022, se evaluó un total de 142 pacientes, de los cuales 106 fueron pacientes con Hipertensión Arterial y 46 pacientes con Diabetes Mellitus, el factor sociodemográfico se puede representar en la tabla 7 en donde a la edad n relación con los pacientes hipertensos la mayor parte de población el 32% fue de 41 a 45 años y solo el 2% pacientes de 56 a 59 años. Con respecto a los pacientes con Diabetes Mellitus la edad de 36 a 40 años representa el mayor porcentaje con 24% y el grupo de menor porcentaje 11% entre 56 a 59 años. En cuanto a los pacientes con Hipertensión Arterial de los 106 pacientes evaluados el sexo femenino es el que mayor porcentaje refleja con un 54% y el sexo masculino únicamente el 46%. De igual manera de los 46 pacientes con Diabetes Mellitus sobresale el sexo femenino con un 63% en cambio el sexo masculino solo el 37%. Con respecto a la ocupación de los pacientes con Hipertensión Arterial el 34% no tenían ocupación es decir son desempleados representado el mayor porcentaje, por consiguiente, el 22% ama de casa, el 22% empleados formales y el 25% tenían un empleo informal. Por otro lado, de los 46 pacientes con Diabetes Mellitus el 30% no tenían ocupación (desempleados), el mayor porcentaje 33% eran ama de casa, el menor porcentaje 13% empleados formales y el 24% con empleo formal. En los pacientes con Hipertensión Arterial el mayor porcentaje fueron pacientes casados en un 38%, seguido de acompañados 24%, solteros en un 23%, separados en un 9%, viudos 4% y divorciados 3%. En cuanto a los pacientes con DM el mayor porcentaje lo representa los pacientes acompañados en un 35%, seguido de casados en 24%, separados 20%, solteros 15%, divorciados 4% y viudos 2%. Respecto al nivel educativo el mayor porcentaje fue de primaria en ambos pacientes hipertensos y diabéticos con 32 y 39% respectivamente, con relación

a los pacientes con Hipertensión Arterial el 23% termino el bachillerato, el 21% no tiene ningún nivel educativo, el 18% secundaria y el 7% universitario. Posteriormente en pacientes con diabetes mellitus el 24% no tiene ningún nivel educativo y también el 24% únicamente asistieron hasta primaria, el 9% son bachilleres y el 4% un nivel universitario.

Tabla 7. Factores sociodemográficos en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM)

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS		DM		HTA	
FACTORES	INDICADORES	N	%	N	%
EDAD	1=30 a 35	9	19.57	20	18.87
	2=36 a 40	11	23.91	16	15.09
	3=41 a 45	8	17.39	34	32.08
	4=46 a 50	7	15.22	19	17.92
	5=51 a 55	6	13.04	15	14.15
	6=56-59	5	10.87	2	1.89
SEXO	masculino	17	36.96	49	46.23
	femenino	29	63.04	57	53.77
OCUPACION	1=ninguno (desempleado)	14	30.43	36	33.96
	2=ama de casa	15	32.61	23	21.70
	3=empleado formal	6	13.04	21	19.81
	4=empleado informal	11	23.91	26	24.53
ESTADO CIVIL	1=soltero	7	15.22	24	22.64
	2=acompañado	16	34.78	25	23.58
	3=casado	11	23.91	40	37.74
	4=divorciado	2	4.35	3	2.83
	5=separado	4	8.70	8	7.55
	6=viudo	6	13.04	6	5.66
NIVEL EDUCATIVO	1=ninguno	11	23.91	22	20.75
	2=primaria	18	39.13	34	32.08
	3=secundaria	11	23.91	19	17.92
	4=bachillerato	4	8.70	24	22.64
	5=universitario	2	4.35	7	6.60

Fuente: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada, en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022.

2. SINTOMAS SOMATICOS POR SISTEMAS O DIMENSIONES

• DIABETES MELLITUS

Durante el periodo de mayo a junio de 2022, se evaluó un total de 152 pacientes, de los cuales 46 pacientes con diabetes mellitus, se representa la clasificación según su afectación en bajo, medio y alto por cada dimensión, se puede observar en la tabla 8 que el sistema gastrointestinal es el más afectado con 52.17% en nivel alto, 23.91% en nivel medio y 23.91% en nivel bajo, seguido de la piel con un porcentaje significativo del 50% en nivel alto, 34.78% en nivel medio y 15.21% en nivel bajo, posteriormente se encuentra el sistema musculoesquelético, neurosensorial, genitourinario y reproductor femenino con un porcentaje de afectación en nivel alto igual de 45.65%, teniendo en cuenta que el sistema neurosensorial es la dimensión mayormente afectada a nivel medio con 43.47%, seguido del sistema inmunológico con puntuación en nivel alto de 43.47%, nivel medio 30.43% y nivel bajo 26.08%, y finalmente el sistema respiratorio y cardiovascular con porcentaje en nivel alto de 36.95%, teniendo en cuenta la dimensión cardiovascular con mayor afectación a nivel medio con 41.30.

Tabla 8. Porcentaje de afectación de los síntomas somático por sistemas en pacientes diabéticos.

DIMENSIONES	DIABETES MELLITUS		
	BAJO	MEDIO	ALTO
INMUNOLOGICO	26.08%	30.43%	43.47%
CARDIOVASCULAR	21.73%	41.30%	36.95%
RESPIRATORIO	26.08%	36.95%	36.95%
GASTROINTESTINAL	23.91%	23.91%	52.17%
NEUROSENSORIAL	10.86%	43.47%	45.65%
MUSCULO ESQUELETICO	19.56%	34.78%	45.65%
PIEL	15.21%	34.78%	50%
GENITO URINARIO	21.73%	32.60%	45.65%
REPRODUCTOR FEMENINO	13.04%	4.34%	45.65%

Fuente: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada, en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022

- **HIPERTENSION ARTERIAL**

Durante el periodo de mayo a junio de 2022, se evaluó un total de 152 pacientes, de los cuales 106 fueron pacientes con hipertensión arterial, se representa la clasificación en bajo, medio y alto según grado de afectación por dimensión, en cuanto a los pacientes con Hipertensión Arterial en la tabla 9 se observa que la dimensión mayormente afectada en nivel alto es el sistema musculoesquelético con 54.71%, nivel medio 8.49% y nivel bajo 36.79%, en segundo lugar se encuentra el sistema cardiovascular con 49.05% en nivel alto, nivel medio 27.35% y nivel bajo 36.79%, en tercer lugar se encuentra al sistema genitourinario con 48.11% en nivel alto y 28.30% a nivel medio, posteriormente se encuentra el sistema respiratorio y el reproductor femenino con porcentaje igual de 46.22% en nivel alto, teniendo en cuenta que en nivel medio el sistema respiratorio es el mayormente afectado con 34.90% , la piel representa un 45.28% en nivel alto, 33.01% en nivel medio y 21.69% en nivel bajo, finalmente el sistema inmunológico y gastrointestinal con 43.39% en nivel alto con igual valor, en cuanto al sistema neurosensorial se ve más afectado a nivel bajo con 50.79%.

Tabla 9. Porcentaje de afectación de los síntomas somáticos por sistemas en pacientes hipertensos.

HIPERTENSION ARTERIAL			
DIMENSIONES	BAJO	MEDIO	ALTO
INMUNOLOGICO GENERAL	29.24%	27.35%	43.39%
CARDIOVASCULAR	20.75%	30.18%	49.05%
RESPIRATORIO	18.86%	34.90%	46.22%
GASTROINTESTINAL	23.58%	33.01%	43.39%
NEUROSENSORIAL	50.94%	33.01%	16.03%
MUSCULO ESQUELETICO	36.79%	8.49%	54.71%
PIEL	21.69%	33.01%	45.28%
GENITO URINARIO	23.58%	28.30%	48.11%
REPRODUCTOR FEMENINO	5.66%	1.88%	46.22%

Fuente: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada, en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022.

3. CATEGORIA DE SEVERIDAD DE LOS SITOMAS SOMATICOS

En relación con los pacientes con Hipertensión Arterial Crónica Se puede observar en la tabla 10 que la mayoría presentan un nivel moderado en un 61.84% en la evaluación de los síntomas somáticos, mientras, que el 7.89% se ubican en un nivel leve y por último el 0% se encuentra en un nivel severo. En los pacientes con Diabetes Mellitus los datos demuestran que el mayor porcentaje presentado fue un nivel moderado en un 28.95%, mientras, que el 1.32 % se ubica en un nivel leve y por último 0% se encuentra un nivel severo.

Tabla 10. Categoría de Severidad de los Síntomas Somáticos.

Nivel	DM		HTA	
	N	%	N	%
Leve	2.00	1.32	12.00	7.89
Moderado	44.00	28.95	94.00	61.84
Severo	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	46	30.26	106	69.74

Fuente: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada, en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022.

2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La Hipertensión Arterial es uno de los mayores problemas de salud pública que afecta aproximadamente más del 26% de la población adulta de todo el mundo, según la OMS la hipertensión es la causa más frecuente de muerte. (14) Por tal razón la mayor parte de la población estudiada en esta investigación fue pacientes hipertensos, además que la HTA es considerada uno de los tres factores de riesgo más relevantes de patología cardiovascular (como el infarto agudo al miocardio) y cerebrovascular (accidente cerebrovascular), y representa el 9.4% del total de las consultas realizadas en el nivel primario de atención de salud. (23)

Dentro de los factores sociodemográficos más frecuentes en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, se identificó que en los pacientes con Hipertensión Arterial la mayor parte de la población (32%) tiene entre 41 a 45 años, un resultado que llamo la atención es que el 19% de la población estudiada con Hipertensión Arterial tiene entre 30 a 35 años, sin embargo en los pacientes con Diabetes Mellitus el mayor porcentaje tiene 36 a 40 años, seguido de los pacientes entre 41 a 45 años. Realmente estos datos coinciden con los datos estadísticos de El Salvador donde la mayor parte de la población diagnosticada con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus hoy en día son personas jóvenes en edad productiva lo cual podría estar relacionada con la calidad y estilo de vida de la población salvadoreña. (1) Además se relaciona con la edad de aparición de síntomas somáticos ya que suelen comenzar antes de los 30 años y es persistente. (20) Por consiguiente, el sexo femenino es el que mayor porcentaje tanto en pacientes con Hipertensión Arterial como con Diabetes Mellitus con un 54% y 63% respectivamente, lo cual coincide con los resultados de la OMS/OPS en una encuesta realizada sobre diabetes, hipertensión y factores de riesgo de las enfermedades crónicas: Centroamérica, donde se identificó que la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son más frecuentes entre las personas mayores de 39 años, sobre todo entre las mujeres. Por otro lado, esta

información coincide con la aparición y prevalencia de los síntomas somáticos que predominan entre las mujeres, en razones de 2:1 y hasta 5:1 respecto a los hombres. Son más frecuentes entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes, en poblaciones rurales y en grupos con menor nivel educacional e intelectual. (20) Además, se identificó que las ocupaciones más frecuentes tanto en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus fue ama de casa o empleado informal, y un dato alarmante fue que una buena parte de la población no posee empleo es decir son desempleados actualmente. Por otro lado en ambos grupos de pacientes se evidencio que la mayor parte la población no tiene un nivel educativo o únicamente terminaron la primaria, lo que concuerda con los resultados de la OMS/OPS en una encuesta realizada sobre diabetes, hipertensión y factores de riesgo de las enfermedades crónicas: Centroamérica, donde se identificó que la prevalencia más alta de Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial que se observa entre las personas que tienen un nivel inferior de educación e ingresos concuerda con los datos correspondientes a los Estados Unidos así como los provenientes de otros países de las Américas, por ejemplo, de Bolivia . El diagnóstico de diabetes es más frecuente entre los habitantes de Nueva York que tienen un ingreso anual inferior a los US\$ 20.000 que entre aquellos que perciben un ingreso de US\$ 20.000 o más (17,0 % frente a 9,1 %, respectivamente). Es probable que este fenómeno sea producto de la baja disponibilidad y el menor acceso a la información, la educación, los servicios de salud y los alimentos saludables. (1)

Por ultimo en cuanto al estado civil un factor sociodemográfico poco estudiado en relación a los pacientes con Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus, el cual se considera un factor importante para la atención integral de estos pacientes, por lo que el estado civil con mayor porcentaje identificado en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus es casado o acompañado, lo cual coincide con los datos obtenidos en una investigación realizada en Chile en 2018 donde se evaluó el Perfil de usuarios con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y su relación con indicadores de resultado clínicos, con el estado civil predominante correspondió a casados (69,7%). (2)

Los síntomas somáticos por sistemas del organismo humano más frecuentes que se presentan en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, se encuentra el sistema inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculo esquelético, piel, genitourinario y sistema reproductor femenino.

Dando respuesta al segundo objetivo se observa que el sistema inmunológico se ve afectado en su mayoría en categoría alto tanto para hipertensos como diabéticos con valores casi similares, en cuanto a la dimensión cardiovascular es mayor el valor en la categoría de medio para pacientes diabéticos con 41.30% en comparación con los hipertensos 30.18%, y en cuanto a la categoría alto se observa mayor afectación en paciente hipertensos con un 49.05% en contraste con los pacientes diabéticos 36.95%. En cuanto al sistema respiratorio en la categoría de afectación alto es la que presenta mayor valor tanto para hipertensos y diabéticos, con valores 46.22% y 36.95% respectivamente.

El sistema gastrointestinal representa mayor afectación en paciente diabéticos que hipertensos específicamente en la categoría de afectación alto, siendo esta dimensión la más afectada en pacientes diabéticos. En los pacientes con Diabetes Mellitus la carga de síntomas físicos “extra” puede dificultar la percepción adecuada de salud del paciente con Diabetes mellitus, afectando la motivación para el control físico adecuado y el buen manejo psicológico y físico de la enfermedad (15). Dentro de los principales síntomas somáticos que presentan los pacientes diabéticos son dolores de espalda, calambres en las manos, brazos y piernas, sentimientos de pesadez en las extremidades, flojedad o debilidad en alguna parte del cuerpo y los dolores de cabeza. (15)

En un estudio realizado en población clínica de salud mental en España con pacientes diagnóstico de depresión y ansiedad los síntomas originados en el aparato digestivo son muy frecuentes, con una prevalencia de depresión de cinco veces y de ansiedad casi cuatro veces superior en los pacientes con síntomas gastrointestinales (35)

Sin embargo, en el sistema neurosensorial se observa mayor afectación en la categoría de afectación leve en paciente hipertensos, tomando en cuenta que en las categorías de medio y alto es más frecuente en pacientes diabéticos.

El sistema musculoesquelético representa mayor afectación en pacientes hipertensos que en diabéticos específicamente en la categoría de afectación bajo y alto, siendo esta dimensión la más afectada en pacientes hipertensos, en el caso de los pacientes diabéticos se ve afectado en menor medida. Según investigaciones en los pacientes con Hipertensión Arterial presentan síntomas somáticos asociados principalmente al aparato cardiovascular como como mareos, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía independientemente de la gravedad del diagnóstico de Hipertensión Arterial. (19)

La piel es la segunda dimensión más afectada en pacientes diabéticos en la categoría alto de afectación, en los pacientes hipertensos representa afectación importante sin embargo menor que en diabéticos.

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida.

Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia. (5)

En pacientes hipertensos se observó que el sistema genitourinario corresponde a la tercera dimensión mayormente afectada en estos pacientes en la categoría de alto, en comparación con los pacientes diabéticos también es uno de los sistemas mayormente afectados. El sistema reproductor femenino se ve afectado casi igualitariamente para ambos grupos de pacientes en nivel alto de afectación de los síntomas somáticos, siendo la diferencia 0.56% mayor en pacientes con hipertensión arterial.

Al respecto, del tercer objetivo de la investigación en el cual se establece la categoría de severidad de síntomas somáticos de acuerdo con los padecimientos de enfermedades crónicas de los pacientes que adolecen de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. En este sentido, al evaluar la categoría de severidad de síntomas somáticos, encontrados en los participantes que 61.84% manifiesta síntomas somáticos en un nivel moderado en pacientes que adolecen de hipertensión arterial crónica y en relación con los pacientes con Diabetes Mellitus un 28.95% de los encuestado presento un nivel moderado. Es importante destacar que en los estudios encontrados en el Hospital clínico San Carlos y la fundación BBVA coinciden en muchos aspectos el cual describe que tipo de narcisismo o de ambición aparece asociado más frecuentemente a los trastornos cardiovasculares y a la hipertensión. La vivencia del estrés en estos sujetos no se produce en forma de ansiedad, preocupación, miedo o pesadumbre. Por el contrario, se deriva hacia formas vegetativas y corporales de manifestación del estrés y de la tensión, que provocan el funcionamiento anómalo de las vísceras. (29)

De igual forma los datos encontrados se vinculan con el estudio desarrollado en Perú en una investigación en la que evaluaron los síntomas somáticos en pacientes adultos en condición preoperatoria de la Universidad privada Norbert Wiener de la facultad de las ciencias de la salud. El 61.2% tenían niveles de síntomas somáticos moderados, muy similares a los encontrados en nuestra investigación; esto refleja que los síntomas somáticos en los pacientes que presentan comorbilidades tienen un impacto porcentual igual en diferentes regiones del mundo. En relación con los resultados explican que los pacientes tienden a padecer indicadores clínicos asociados a la somatización que lo expresan a través de síntomas físicos y emocionales, esto se debe a factores de ansiedad, estrés y comportamientos vulnerables. La categoría de severidad más frecuente fue moderada, seguida de leve y en tercer lugar severa; así mismo la intensidad de la gravedad fue predominantemente de leve a moderado. Por otro lado, esta información coincide en que las causas de los síntomas funcionales no se entienden completamente, es mejor permanecer neutral en relación con las teorías etiológicas. Algunas personas probablemente son biológica y psicológicamente predisuestas a desarrollar síntomas. (27) Realmente en la práctica clínica los trastornos somatomorfos se superponen y habitualmente se presentan con síntomas y signos multifocales.

Es importante enfatizar que puede ser también inexacto equiparar los síntomas físicos con los trastornos físicos, ya que muchos pacientes estables con trastornos médicos son asintomáticos y muchos pacientes con síntomas físicos no tienen un trastorno médico que dé cuenta de la presencia y/o gravedad de sus síntomas físicos. (35)

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus requieren un enfoque multidisciplinar y un abordaje biopsicosocial ya que se identificó que los factores sociodemográficos tienen relevancia en el paciente y junto con los aspectos psicológicos se vuelven fundamentales para su tratamiento. La edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías, ya que la incidencia de estas enfermedades aumenta en la vida adulta. En relación con el sexo, se concluye que es mayor en mujeres, esto tendría relación con factores sociodemográficos, que sitúan a la población femenina de estas regiones como objeto de las mayores desigualdades sociales y económicas, lo que las predispone a presentar prevalencias de obesidad que superan a los hombres. Estos hallazgos son de suma importancia a nivel de políticas públicas, ya que del control de estos factores depende disminuir la prevalencia de estas patologías y mejorar la calidad de vida de la población.
- Los síntomas somáticos por sistemas varían considerablemente en paciente hipertensos y diabéticos. En relación con los pacientes que presentan diabetes mellitus se concluye que el sistema más afectado es el gastrointestinal en un grado de afectación alto, la piel representa el segundo sistema más afectado para este tipo de pacientes, sin embargo según la literatura manifiesta que los síntomas somáticos más frecuentes son las afectaciones musculoesqueléticas, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población en la investigación es adulto joven, la afectación de las dimensiones difieren ya que se catalogan con grado de severidad moderado. En cuanto a los pacientes con hipertensión arterial el sistema mayormente afectado en nivel alto es el musculoesquelético y se concluyó que el sistema cardiovascular representa el segundo lugar de la dimensión más afectada, es importante mencionar que según la literatura el

sistema cardiovascular es el más afectado en los pacientes con hipertensión, considerando que la mayoría de la población del estudio se catalogó como grado de severidad moderado, varían los resultados teniendo en cuenta que se consideran pacientes no descompensados.

- Los síntomas somáticos son las características principales de muchas enfermedades médicas, y se utilizan para evaluar la severidad y el curso de la enfermedad. Se estableció que los pacientes manifiestan una categoría de severidad en niveles moderados en la evaluación clínica de los síntomas somáticos. Por esta razón, la concentración de los síntomas somáticos debe orientarse hacia la comprensión de la carga que impone sobre la salud del paciente en cuanto a los síntomas y su reacción psicológica ante ellos. Autónomicamente de la gravedad de los síntomas somáticos, el reconocimiento nos proporciona vital importancia para brindar un nuevo espacio de participación psicológico y psiquiátrico a estas enfermedades no transmisibles.

RECOMENDACIONES

- **Dirigido al Ministerio de Salud Pública**

Debido a la intensidad de las afectaciones en las diferentes dimensiones, tanto en paciente con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, es necesario que el Ministerio de Salud considere la necesidad de incorporar en las guías de las normas de salud mental los trastornos somáticos, en el año 2006 se encontraban incorporadas, en el año 2017 en la nueva edición de la guía de salud mental fueron excluidas, en base a esto se recomienda considerar nuevamente y tomar en cuenta tanto en la evolución de la enfermedad como en la afectación en el cumplimiento del tratamiento adecuado, en todos los niveles de atención, pero principalmente en el primer nivel de atención, con el objetivo de detectar oportunamente el componente de salud mental en estos pacientes e implementar intervenciones necesarias, tanto individuales como grupales, para abordar la problemática. Considerando capacitar al personal para la atención de abordajes psicológicos en conjunto con enfermedades crónicas no transmisibles.

- **Dirigido a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Barrios**

En vista de los hallazgos del presente estudio se recomienda a la institución donde se llevó a cabo la investigación, priorizar la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas en este caso diabetes e hipertensión, para brindar consejerías grupales preventivas en cuanto a la morbilidad y adecuada adherencia al tratamiento, nutrición y actividad física, además de abordajes individuales brindando apoyo psicoterapéutico en salud mental por psicología.

- **Dirigido a los Usuarios**

A los usuarios participantes se les recomienda buscar apoyo necesario para recibir atención en salud mental, nutricional, así como atención a los problemas médicos secundarios a las morbilidades, para poder ser intervenidos oportunamente por el

personal de salud capacitado, utilizando los servicios brindados por los diferentes niveles de atención sanitaria, en especial el primer nivel. A los pacientes que presentan complicaciones de las morbilidades independientemente del grado de afectación deben de continuar con el tratamiento y seguimiento brindado por el médico, explicándole al paciente la importancia de cumplir las citas médicas y el tratamiento según indicaciones, además de explicarle los signos y síntomas que se consideran como causa de consulta de urgencia.

- **Dirigido a la Universidad Evangélica de El Salvador**

Brindar apoyo en las investigaciones de impacto y alcance social, que permita realizar cambios o contribuciones en los programas de atención en salud.

8. Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. 2004 diciembre; 25(3-4).
9. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre diabetes, hipertensión y factores de riesgo de las enfermedades crónicas: Centroamérica. [Online]. [cited 2022 Febrero 16. Available from: HYPERLINK "https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3070:2010-survey-on-diabetes-hypertension-chronic-disease-risk-factors-central-america&Itemid=1353&lang=es"
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3070:2010-survey-on-diabetes-hypertension-chronic-disease-risk-factors-central-america&Itemid=1353&lang=es.
10. Guzmán RE. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. ·Revista Clínica de Medicina de Familia. 2011 octubre; 4(3).
11. Ministerio de Salud pública y asistencia social. Unidad técnica de desastre del ·Ministerio de Salud pública. Plan de emergencia sanitario local unidad de salud Barrios. Tesis. San Salvador., Departamento de salud pública 2007; 2007.
12. Salas CR. Asociación entre la depresión y las complicaciones tardías de diabetes ·mellitus tipo 2. Tesis doctoral. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina humana; 2017.
13. Ministerio de Salud El Salvador. Norma técnica de atención integral en salud ·mental. Norma Técnica. San Salvador: Ministerio de Salud, Salud mental; 2022.
14. Ministerio de Salud El Salvador. Guías clínicas de medicina interna San Salvador: ·Edición y distribución; 2018.
15. Alvarado JL. Trastorno de somatización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. ·Tesis. México: Universidad Autónoma Nueva León, Facultad de psicología; 2014.

- 16 Firman G. MedicalCRITERIA.com. [Online].; 2016 [cited 2022 03 09. Available from:
· HYPERLINK "https://medicalcriteria.com/web/es/psysss/"
<https://medicalcriteria.com/web/es/psysss/>.
- 17 Miranda Ana K. OLPM. Repositorio institucional UPB. [Online].; 2014 [cited 2022
· 03 09. Available from: HYPERLINK
"https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2338"
<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2338>.
- 18 Pascual, M. Actualización de medicina en familia. [Online].; 2015 [cited 2022
· febrero 25. Available from: HYPERLINK "https://amf-semfyc.com/web/authors/64"
<https://amf-semfyc.com/web/authors/64>.
- 19 Vinaccia S, Quiceno J, Gómez A. Calidad de vida relacionada con la salud en
· pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. scielo. 2007 junio; 3(2).
- 20 Cabrera A. Epidemiología de los trastornos somatomorfos. sistema nacional de
· vigilancia epidemiológica. 2007 julio; 24(27).
- 21 Carrasco J LIJ. Enfermedad cardiovascular y psiquiatría. In BBVA F, editor. Libro
· de la salud cardiovascular del hospitalclinico San Carlos y la fundacion BBVA.
Primera ed. España: Editorial Nerea, S.A; 2009. p. 613.
- 22 García YG. Riesgo cardiovascular en personas con diabetes mellitus. Revista
· cubana de Endocrinología. 2017 diciembre; 28(3).
- 23 Lira María. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular.
· Revista médica clínica las condes. 2015 marzo; 26(2).
- 24 Cruz Carlos. La histeria moderna: Parte IV: Evolución de criterios diagnósticos del
· Trastorno por somatización. PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2018 agosto; 1(2).
- 25 Leonel NO. Trastornos Somatomorfos. Revista Mexicana Neurociencia. 2009
· enero; 10(34).

- 26 Sara Velasco MTRyCA. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. Revista Española de salud Pública. 2006 Julio; 80(4).
- 27 Serra G; Jané Ballabriga J, Bonillo Martín M. diposit digital de documentos de la UAB. [Online].; 2014 [cited 2022 marzo 13. Available from: HYPERLINK "https://ddd.uab.cat/record/118668/" <https://ddd.uab.cat/record/118668/>.
- 28 González Ramírez, M. T., & Hernández, R. L. SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS Y TEORÍA TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS. ansiedad y estrés. 2006; 12(1).
- 29 Farre AL. Enfermedades cardiovasculares y psiquiatría. In Carrasco DJL. Libro de Salud Cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la fundacion BBVA. España: Editor Nerea, S.A; 2009. p. 613.
- 30 Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. actores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Colombiana de Psicología. 2015 junio; 24(1).
- 31 Elsevier. ScienceDirect. [Online].; 2022 [cited 2022 marzo 3. Available from: HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S163654101261928X" <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S163654101261928X>.
- 32 Florenzano R, C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2002 enero; 40(1).
- 33 Gaedicke Hornung Andrés; González-Hernández Jorge. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento re. Revista Memoriza.com. 2010; 6(1-14).
- 34 Muñoz, Harold. SOMATIZACIÓN: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS. Revista Med. 2009 junio; 17(1).

- 35 Marcia Aguilar S. Revisión sistémica en torno a los trastornos por síntomas somáticos y su abordaje psicoterapéutico. Tesis doctoral. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Departamento de psicología; 2017.
- 36 Dimsdale JE. Manual MSD. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 1. Available from:
 · HYPERLINK "https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos"
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos>.
- 37 Trastorno de síntomas somáticos. [Online].; Mayo Clinic [cited 2022 marzo 12.
 · Available from: HYPERLINK "https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/diagnosis-treatment/drc-20377781"
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/diagnosis-treatment/drc-20377781>.
- 38 Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson. Harrison Medicina Interna. 20th ed. Fauci D, editor.: Mc Graw Hill; 2020.
- 39 Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Online].; 2021 [cited 2022 Marzo 12. Available from: HYPERLINK "https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension"
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- 40 Williams B. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología. 2018.
- 41 Quesada J. Guía basada en la evidencia para el manejo de la presión arterial JNC 8. actualización medica periódica. 2014 Enero;(152).

- 42 Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista de la ALAD, Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2019.
- 43 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Online].; 2021 [cited 2022 03 02. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles" <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles> .
- 44 González JR. Factores sociodemográficos, educativos y tecnológicos en estadios iniciales de cibercultura en comunidades universitarias. Apertura (Guadalajara, Jal.). 2015 octubre; 7(2).
- 45 Abascal JG. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011; 27(1).
- 46 Pro Q. Que es una encuesta. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 1. Available from: HYPERLINK "https://www.questionpro.com/es/una-encuesta.html" <https://www.questionpro.com/es/una-encuesta.html>.
- 47 Alvarado BG. Validación de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada en estudiantes mexicanos. Medicina Universitaria. 2011 septiembre; 13(53).
- 48 Elsevier. ScienceDirect. [Online].; 2022 [cited 2022 marzo 13. Available from: HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S163654101261928X?via%3Dihub" <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S163654101261928X?via%3Dihub>.
- 49 UNED, FACULTAD DE PSICOLOGÍA. portal UNED. [Online].; 2011 [cited 2022 MARZO 13. Available from: HYPERLINK "V" http://portal.uned.es/EadmonGuiasWeb/htdocs/abrir_fichero/abrir_fichero.jsp?idG

uia=24830"

[V\}](#)

http://portal.uned.es/EadmonGuiasWeb/htdocs/abrir_fichero/abrir_fichero.jsp?idG uia=24830.

50 MedlinePlus. MedlinePlus. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 13. Available from:
· HYPERLINK "https://medlineplus.gov/Spanish/mentalhealth.html"
<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>.

51 Moscoso MS. El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional
· percibido en medicina y psicología clínica de la salud. Liberalit. 2011 junio; 17(1).

52 MedlinePlus. [Online].; 2022 [cited 2022 marzo 13. Available from: HYPERLINK
· "https://medlineplus.gov/Spanish/ency/article/000468.htm"
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>.

53 UNIVERSIDAD DE NAVARRA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. [Online].;
· 2020 [cited 2022 marzo 13. Available from: HYPERLINK
"https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hiperglucemia"
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hiperglucemia>.

54 Amairani Novia García CPZ. Frecuencia de Síntomas Somáticos en adolescentes.
· Tesis doctoral. México: Universidad Autónoma de estado de México; 2013.

55 Cruz MT. Evaluación clínica de los síntomas somáticos en pacientes adultos en
· condición preoperatoria. Tesis doctoral. Lima: Universidad privada Norbert Wiener,
Facultad de Ciencias Médicas; 2020.

II. ANEXOS

Anexo 1: Glosario

- **Somatización:** en sentido amplio se refiere a cualquier queja somática que pueda tener un origen psicógeno. (48)
- **Psicopatología:** se centra en el estudio científico de la conducta anormal, tanto en los aspectos descriptivos (descripción clínica, clasificación, diagnóstico, etc.) como en los etiológicos (factores causales, teorías y modelos etiológicos, etc.), y tanto en las personas adultas como en niños y adolescentes. Es decir, se ocupa tanto de describir la conducta desadaptada y los procesos psicopatológicos implicados como de la explicación de esta. (49)
- **Salud mental:** incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones (50)
- **Distrés emocional:** estado marcado por sentimientos que varían en intensidad desde tristeza, inseguridad, confusión, y preocupación, hasta la experiencia de síntomas mucho más severos. (51)
- **Hipertensión Arterial:** es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. (52)

- **Diabetes Mellitus:** desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (42)

- **Hiperglucemia:** aparece cuando los niveles de glucosa en sangre están elevados, superando ampliamente los objetivos de control establecidos, comienzan a producirse en el organismo los cuerpos cetónicos, producidos en el hígado por la degradación de las grasas liberadas al torrente sanguíneo en situaciones de gran deficiencia insulínica. (53)

Anexo 2: Instrumento Escala de síntomas somáticos revisada

Título: Categoría de Severidad de Síntomas Somáticos en Pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años

Objetivo general: Determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador en el periodo de mayo a junio de 2022.

Nombre _____ **Edad** _____
—

Favor marcar con una X la opción que corresponde.

Sexo: Femenino Masculino

Estado civil: Soltero Acompañado Casado Divorciado Separado
Viudo

Ocupación: Ninguna Ama de casa Empleado formal Empleado informal

Nivel Educativo: Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato
Universitario

A continuación, se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodee con un círculo el número que mejor refleje la frecuencia con que Vd. ha tenido cada síntoma de la lista durante los últimos doce meses (un año). No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

0 = Nunca durante el último año

1 = Raras veces (no más de una vez al año)

2 = Algunas veces durante el año

3 = Frecuentemente (aproximadamente una vez al mes)

4 = Más de una vez al mes

© 1995 B. Sandín y P. Chorot, UNED, Madrid.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Catarros o resfriados comunes..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Respiración dificultosa o molesta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Molestias o sensación de malestar en el estómago..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mareos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Picores en la nariz de tipo alérgico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

8. Dificultades para orinar	0	1	2	3	4
9. Fiebre	0	1	2	3	4
10. Taquicardias	0	1	2	3	4
11. Dificultades para respirar durante el esfuerzo	0	1	2	3	4
12. Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa")	0	1	2	3	4
13. Sensaciones de oleadas de frío y calor	0	1	2	3	4
14. Dolores de espalda	0	1	2	3	4
15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos)	0	1	2	3	4
16. Necesidad de orinar con frecuencia	0	1	2	3	4
17. Ulceraciones o llagas	0	1	2	3	4
18. Sensaciones de opresión o molestias en el pecho	0	1	2	3	4
19. Sensaciones de ahogo o falta de respiración	0	1	2	3	4
20. Colitis	0	1	2	3	4
21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)	0	1	2	3	4
22. Dolores en la nuca o zona cervical	0	1	2	3	4
23. Erupciones en la piel (enrojecimiento, salpullidos, ronchas, etc.)	0	1	2	3	4
24. Molestias al orinar	0	1	2	3	4
25. Herpes	0	1	2	3	4
26. Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico	0	1	2	3	4
27. Tos repetitiva	0	1	2	3	4
28. Náuseas o sensación de vómitos	0	1	2	3	4
29. Vértigos	0	1	2	3	4
30. Temblor muscular	0	1	2	3	4
31. Síntomas de conjuntivitis alérgica	0	1	2	3	4
32. Necesidad de orinar con urgencia	0	1	2	3	4
33. Gripe	0	1	2	3	4
34. Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa	0	1	2	3	4
35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuerte.....	0	1	2	3	4
36. Acidez de estómago	0	1	2	3	4
37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.)	0	1	2	3	4
38. Calambres o dolor en las piernas	0	1	2	3	4
39. Estornudos repetitivos.....	0	1	2	3	4
40. Molestias o dolor de riñones sin saber por qué	0	1	2	3	4
41. Bulto o verruga nuevos o que reaparece	0	1	2	3	4
42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia)	0	1	2	3	4
43. Respiración dificultosa acompañada de tos	0	1	2	3	4
44. Estreñimiento o dificultades para defecar ("hacer de vientre")	0	1	2	3	4
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas	0	1	2	3	4
46. Contracciones o sacudidas musculares	0	1	2	3	4
47. Constipado o congestión de tipo alérgico	0	1	2	3	4
48. Dolor en zonas genitales	0	1	2	3	4
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparece	0	1	2	3	4
50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial	0	1	2	3	4
51. Dolor de garganta	0	1	2	3	4
52. Vómitos	0	1	2	3	4
53. Visión doble o deformada.....	0	1	2	3	4
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc.)	0	1	2	3	4

- 55. Eccema0 1 2 3 4
- 56. Molestias en zonas genitales0 1 2 3 4
- 57. Sensación general de debilidad0 1 2 3 4
- 58. Dolor en el pecho.....0 1 2 3 4
- 59. Sensación de falta de aire0 1 2 3 4
- 60. Diarrea0 1 2 3 4
- 61. Dificultades de coordinación (de movimientos)0 1 2 3 4
- 62. Dolores musculares0 1 2 3 4
- 63. Sensaciones de picor o escozor en la piel0 1 2 3 4
- 64. Sangre en la orina0 1 2 3 4
- 65. Cansancio o fatiga sin causa aparente0 1 2 3 4
- 66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial0 1 2 3 4
- 67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (por ejemplo, silbidos)0 1 2 3 4
- 68. Gastritis0 1 2 3 4
- 69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo0 1 2 3 4
- 70. Torpeza en las manos0 1 2 3 4
- 71. Picores en los ojos, de tipo alérgico.....0 1 2 3 4
- 72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar0 1 2 3 4
- 73. Estado general de baja energía0 1 2 3 4
- 74. Tensión arterial ligeramente alta0 1 2 3 4
- 75. Tos acompañada de flemas0 1 2 3 4
- 76. Dolor de estómago0 1 2 3 4
- 77. Sensación de inestabilidad en la marcha0 1 2 3 4
- 78. Inflamación de las articulaciones.....0 1 2 3 4
- 79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen0 1 2 3 4
- 80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse0 1 2 3 4

Conteste a los enunciados que vienen a continuación únicamente si usted es mujer; se refieren a síntomas relacionados con el período menstrual. Por favor, indique la frecuencia con que le ha ocurrido cada uno de ellos durante los últimos 12 meses.

- 81. Adelanto del período0 1 2 3 4
- 82. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes del período 0 1 2 3 4
- 83. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) antes del período.0 1 2 3 4
- 84. Fluido menstrual excesivo 0 1 2 3 4
- 85. Retraso del período entre 10 y 20 días 0 1 2 3 4
- 86. Retraso del período de más de 20 días 0 1 2 3 4
- 87. Hemorragias fuera del período 0 1 2 3 4
- 88. Aumento de peso o hinchazón (de piernas, vientre, etc.) antes o durante el período.....0 1 2 3 4
- 89. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) durante el período0 1 2 3 4
- 90. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) durante el período.0 1 2 3 4

Escala de Síntomas Somáticos (ESS-R)

Plantilla de Corrección

Corrección de la prueba: Se suman las puntuaciones obtenidas en cada elemento.

1) Puntuación global en síntomas somáticos

2) Puntuación en cada una de las 9 subescalas:

Inmunológico general (IG):1,9,17,25,33,41,49,57,65,73,
Cardiovascular (CV):2,10,18,26,34,42,50,58,66,74,
Respiratorio (RS):3,11,19,27,35,43,51,59,67,75,
Gastrointestinal (GI):4,12,20,28,36,44,52,60,68,76,
Neurosensorial (NS):5,13,21,29,37,45,53,61,69,77,
Músculo-Esquelético (MS):6,14,22,30,38,46,54,62,70,78,
Piel-Alergia (PA):7,15,23,31,39,47,55,63,71,79,
Génito-Urinario (GU):8,16,24,32,40,48,56,64,72,80,
Reproductor Femenino (RF):81,82,83,84,85,86,87,88,89,90

Anexo 3: Carta de autorización a director de Unidad de Salud.

San Salvador, El Salvador

Enero de 2022

Estimado:

DIRECTOR GENERAL

Dr. Roberto González

Estimado director:

Por medio de la presente, los estudiantes de doctorado en medicina Lidia Steffany Cisneros Melgar, Samuel Alfonso González Calderón y Yeymi Stephania González Cuellar, de la tesis doctoral y/o trabajo de grado titulado Categoría de Severidad de Síntomas Somáticos en Pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años, solicitamos autorización para realizar la investigación en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, San Salvador; se solicita acceso a datos estadísticos de los pacientes incluidos en el estudio, y recopilar la información a través de encuesta. Esta Tesis Doctoral pertenece a la Universidad Evangélica de El Salvador, bajo la supervisión de la asesora Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa.

La permanencia y el horario será de común acuerdo con la institución, permitiendo el aprendizaje para todos los involucrados

En espera de una buena acogida y agradeciendo su atención y buena disposición, se despide

Atte.

Anexo 4: Cronograma de Actividades

	Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	Fecha de inicio	Fecha de fin
1	Elección de tema de investigación	■									24/01/22	30/01/22
2	Elaboración de capítulo1 Planteamiento del Problema	■	■								25/01/22	19/02/22
3	Elaboración de capítulo 2 Fundamentación teórica		■	■							21/02/ 22	12/03/22
4	Elaboración de capítulo 3 Metodología de la investigación			■	■						13/03/22	9/4/22
5	Entrega de anteproyecto				■						09/04/22	17/04/22
6	Presentación oral de anteproyecto				■	■					18/04/22	14/05/22
7	Recolección de datos					■	■				15/05/22	18/06/22
8	Elaboración de capítulo 4 Análisis de la información						■	■			19/06/22	16/07/22
9	Elaboración de capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones							■	■		17/07/22	13/08/22
10	Elaboración de articulo							■	■		14/08/22	20/08/22
11	Entrega de informe final							■	■		21/08/22	21/08/22
12	Presentación de informe final							■	■	■	22/08/22	9/09/22
13	Entrega de informe final y articulo corregido								■	■	12/09/22	13/09/22

Anexo 5: presupuesto

Rubro	Aporte
1. Transporte o Combustible	
Combustible: Utilizado para transporte para reuniones	\$100.00
Transporte: Uber/Taxi	\$30.00
Subtotal	\$130.00
2. Materiales y Suministros	
Insumos de Oficina: papelería, lapiceros y marcadores	\$40.00
Fotocopias e impresiones	\$60.00
Subtotal	\$100.00
3. Viáticos	
Investigador (es) Gastos de alimentación	\$100.00
Viáticos para los recolectores Gastos de alimentación y alojamiento	\$100.00
Subtotal	\$200.00
4. Procesamiento de datos o información	
Asesorías del taller de investigación	1942.5
Gastos Indirectos: gastos de luz, llamadas telefónica y conexión a internet	\$100
Subtotal	\$2117.50
5. Taller de investigación	
Seguro	\$307.59
Aranceles del taller de investigación	\$647.71
Subtotal	\$1603.01
Total, Presupuestado	\$4150.51

Anexo 6. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras usted poseerá otra copia también firmada.

La presente investigación se titula “Categoría de severidad de Síntomas Somáticos en pacientes Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial entre las edades de 30 a 59 años” y es elaborada por el grupo de investigación Lidia Cisneros, Samuel González, Yeymi González. Este proyecto es dirigido por Dra. Cecilia Jeannette Castro, investigador del departamento de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador. El propósito de la investigación es determinar la categoría de severidad de síntomas somáticos en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 20 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio.

Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de sus compañeros y servirá para la elaboración de un proyecto de investigación y presentaciones académicas.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre:

Firma del participante:

Firma del investigador (o encargado de recoger información): _____

Anexo 7: Prueba de Stanone

Tabla 11. Prueba de Stanone en pacientes con Diabetes Mellitus.

DIMENCION	LÍMITE INFERIOR	PROMEDIO	LÍMITE SUPERIOR
INMUNOLÓGICO	11	13	15
CARDIOVASCULAR	9	11	14
RESPIRATORIO	8	11	14
GASTROINTESTINAL	17	20	23
NEUROSENSORIAL	11	13	15
MUSCULOESQUELETICO	13	15	17
PIEL	8	10	12
GENITOURINARIO	9	12	14
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	1	6	11

Fuente: Formula, prueba de Stanone, en pacientes con Diabetes Mellitus realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022.

Tabla 12. Prueba de Stanone en pacientes con Hipertensión Arterial.

DIMENCION	LÍMITE INFERIOR	PROMEDIO	LÍMITE SUPERIOR
INMUNOLÓGICO	9	11	13
CARDIOVASCULAR	18	23	27
RESPIRATORIO	10	14	18
GASTROINTESTINAL	11	13	16
NEUROSENSORIAL	11	13	16
MUSCULOESQUELETICO	13	15	18
PIEL	8	10	13
GENITOURINARIO	8	11	13
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	1	7	13

Fuente: Formula, prueba de Stanone, en pacientes con Hipertensión Arterial realizada en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios San Salvador, mayo- junio 2022.