



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/052.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Trastornos psicósomáticos y ansiedad entre la población. Abordaje desde Enfermería**

Autores Verónica Tortosa Salazar,¹ María Dolores Rodríguez Porcel,² María del Mar Rodríguez Martínez¹

Centro/institución (1) Hospital Torrecárdenas. (2) CIMI El Molino

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail veronicatortosas@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades psicósomáticas están en auge dentro de nuestra sociedad, con unos elevados costes asociados. La ansiedad, es un factor determinante para la aparición de síntomas.

Objetivos: Conocer la existencia de síntomas de ansiedad en población sana atendida en diversos centros de salud de la provincia de Almería y conocer la aparición de enfermedades psicósomáticas en dicha población.

Diseño y metodología: Estudio cuantitativo descriptivo transversal con una muestra de 70 individuos en la provincia de Almería. Uso de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ).

Resultados: Existe una relación directa entre el padecimiento de síntomas psicósomáticos y niveles de ansiedad en los participantes. Los síntomas gastrointestinales son los de mayor prevalencia.

Conclusión: Es necesario desde Enfermería trabajar con la comunidad, desde una perspectiva biopsicosocial, de manera interdisciplinar con otros profesionales, para el abordaje de las enfermedades psicósomáticas.

Palabras clave: Ansiedad/ Enfermería/ Medicina psicósomática y población.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La salud mental es un tema que preocupa cada vez más a las autoridades de nuestro país. Prueba de ello es que por primera vez desde que se empezó a realizar en 1987 la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en la correspondiente a 2006-2007¹ se recogen datos de especial relevancia en materia de salud mental. En ésta se concluye, entre otras cuestiones, que algo más del 21% de la población española con 16 años o más presenta algún riesgo de padecer problemas de salud mental. Con respecto a las personas con una edad comprendida entre los 4 y los 15 años, el porcentaje de padecer riesgo se sitúa en el 22,1%. Si bien estos porcentajes no hablan directamente de la prevalencia real de los trastornos psicológicos en nuestro país si nos indica la posibilidad de desarrollar alguna patología de esta naturaleza. Lo cierto es que la cifra no ha dejado indiferente a la opinión pública en general ni a los profesionales de la salud. Y la Enfermería, como parte de estos profesionales, debe hacer frente a esta nueva situación.

La relevancia de estas conclusiones no se deriva únicamente de la necesidad de contar con buenas políticas preventivas en salud mental, sino también por la importancia que tienen los factores psicológicos como parte fundamental e integral de la salud general de cualquier persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la existencia de una compleja interacción bilateral entre los trastornos físicos y mentales así como que las personas con enfermedades somáticas crónicas tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales que otras personas. Y aporta datos para la reflexión tales como que los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades. O que en el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad².

En España, en las IV Jornadas Internacionales de Avances en Patología Psicosomática, celebradas en Madrid en 2006 se afirmó, que en torno al 50% de las patologías que se tratan en medicina tienen un carácter psicosomático². La vigencia e importancia progresiva de la medicina psicosomática en el campo general de la medicina se ha evidenciado también por el hecho de que los estudios epidemiológicos al respecto indican que tanto la depresión como las enfermedades psicosomáticas constituyen uno de los problemas sanitarios más importantes y que el mayor índice de incapacidad a nivel mundial lo ocasionan los trastornos depresivos. La patología ligada a la enfermedad psicosomáticas es un hecho que no solo ocupa uno de los primeros puestos epidemiológicos a nivel mundial, sino que sus costes económicos son bastante altos, como recoge el Plan estratégico 2011-2013 del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, donde se refleja que los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer³. Del mismo modo, el impacto de estas enfermedades sobre la calidad de vida es mayor al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Todo ello supone unos costes elevados, en 1998 se estimó que estas enfermedades supusieron en nuestro país un coste total de unos 3,000 millones de euros³.

Las palabras griegas *Psyche* y *Soma* significan respectivamente “alma” y “cuerpo”, y de ellas deriva el término “psicosomático” usado por primera vez por Johann Christian Heinroth⁴ así como el concepto de “medicina psicosomática” fue acuñado por el psicoanalista Felix Deutsch, en 1922⁵, y que se ha aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo. Para comenzar a hablar de psicosomática debemos remontarnos a

tiempos antiguos, donde ya se observaba la asociación entre el estado físico-psicológico del ser humano y la génesis y el mantenimiento de enfermedades, reconocido con la célebre frase de Hipócrates (400 a.C) “Mente sana, cuerpo sano” o su conocido refrán “No hay enfermedades, sino enfermos”⁶. La medicina psicosomática trata de la investigación científica de la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia; pero en un sentido más amplio se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades⁷.

A través de numerosos estudios ha quedado demostrado que existe relación entre trastornos de ansiedad y depresivos, y la aparición de enfermedades psicosomáticas^{8,9,10} como es el caso del estudio de Gureje, Simon, Ustun y Goldberg (1997)¹¹, que encontraron, en 12 países distintos, que los pacientes con somatización tenían un alto riesgo de presentar trastornos de ansiedad generalizada. Estas enfermedades sirven como vía de expresión de conflictos emocionales que se han reprimido. Ha sido estudiado que, cuando los sujetos perciben algún grado de estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas, en forma de síntomas psicosomáticos como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos o indigestión, entre otros⁹.

Los objetivos de este proyecto fueron profundizar en conocer la existencia de síntomas de ansiedad en la población sana atendida en diversos centros de salud de la provincia de Almería y conocer la aparición de enfermedades psicosomáticas en dicha población, para así ofrecer una atención integral y holística como profesionales de la Salud.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo transversal con una muestra de 70 participantes con edades comprendidas entre los 18-65 años, todos ellos residentes en la provincia de Almería. Los participantes fueron seleccionados por una técnica de muestreo de conveniencia, que cumplieran las características del estudio. Se excluyeron de la participación a individuos que indicaron sufrir algún tipo de enfermedad diagnosticada o enfermedad en estudio, solo se incluyeron a participantes “sanos”.

El estudio fue llevado a cabo en la provincia de Almería entre los meses de Enero y Marzo del presente año 2015 en distintos centros de salud de la provincia.

Todos los participantes recibieron previamente información de la finalidad del estudio mediante consentimiento informado. La participación fue totalmente voluntaria. Los cuestionarios fueron anónimos y autocumplimentados por los participantes. Antes de la cumplimentación del cuestionario el personal investigador explicó las instrucciones para rellenar el cuestionario, resolviendo posibles dudas que pudieran interferir en los resultados.

Como instrumento de recogida de información se empleó una adaptación de la encuesta validada Escala de Ansiedad de Hamilton¹², en su versión española, para poder ser autocumplimentada por el participante. De este instrumento se seleccionaron 11 ítems que estaban en relación con el objetivo del estudio. Cada uno tenía 5 categorías tipo Likert. El cuestionario proporciona una puntuación general relacionada con existencia de signos y síntomas de ansiedad. Del mismo modo, para la medición de los síntomas psicosomáticos se utilizó el Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ)¹³, este cuestionario incluye 13 síntomas físicos, en una escala Likert con tres valoraciones posibles (Nunca, Algunas veces, Muchas veces). Si un participante relata que sufre “muchas veces” al menos 3 de los síntomas, sin una

explicación médica adecuada, se debe considerar la posibilidad de un trastorno somatoforme.

Para el análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo para las variables edad, sexo, estado civil y formación académica. Los datos fueron tratados mediante el programa estadístico SPSS en su versión 21.

Resultados

En primer lugar, comenzamos describiendo las características de la muestra, y como se puede observar en la tabla I, la muestra estaba compuesta por un total de 70 sujetos, y mantenía la misma distribución entre ambos sexos, 35 eran mujeres (50%) y 35 eran hombres (50%). La edad media de la muestra fue de 39,53 años, situándose todos los participantes en el intervalo comprendido entre los 18 y los 65 años. En las tablas II y III, se exponen, respectivamente, el estado civil y el nivel de estudios de los participantes, mostrando un mayor porcentaje de personas casadas, seguidas de personas viudas. En cuanto al nivel de estudios, hay una distribución más heterogénea, sobresalen los participantes con estudios secundarios, con un 60%, seguido de universitarios (32,9%) y personas con estudios primarios (2,9%).

Tabla 1. Características de la muestra I (n=100)

Hombres	35	50%
Mujeres	35	50%
Rango de edad muestra	18-65 años	
Media edad grupo	39,53 años	

Tabla 2. Características de la muestra II. Estado civil

	N	%
Casado/a	32	45,70%
Soltero/a	21	30,00%
Divorciado/a	8	11,40%
Viudo/a	5	7,10%
En pareja	4	5,70%

Tabla 3. Características de la muestra III. Nivel de estudios

	N	%
Primarios	2	2,90%
Secundarios	42	60,00%
Universitarios	23	32,90%
Ningunos	3	4,30%

Respecto a los resultados obtenidos en *La escala de Ansiedad de Hamilton*, como se recoge en la tabla IV, los porcentajes son variables. Existieron muy pocos casos (2%) de participantes que indicaran una situación muy grave, incapacitante, en alguno de los síntomas, correspondiendo al ítem relativo al estado de ánimo deprimido. Sin embargo, se obtuvieron los mayores resultados para una situación “grave” para el ítem referente al insomnio. En distintos ítems se alcanzaron porcentajes elevados en la opción “moderado”, siendo más alto para el ítem cognitivo referente a la dificultad de concentración y la memoria con un 40%, seguido de síntomas gastrointestinales (35,7%), síntomas somáticos generales de carácter muscular (34,3%) e insomnio (27,1%). En la valoración “leve”, los porcentajes obtenidos fueron elevados en todos los ítems, siendo el mayor para la pregunta referente a los síntomas somáticos generales de carácter sensorial. Y por último, en la valoración de “ausente”, los resultados fueron más variables, correspondiendo el mayor porcentaje al ítem referente a los síntomas cardiovasculares (51,4%), y el menor porcentaje a los síntomas gastrointestinales, con un 15,7%.

Tabla IV. Resultados Escala Ansiedad de Hamilton

Síntomas de los estados de ansiedad					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave, incapacitante
1. Estados de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión irritable.	35,70 %	30,00%	21,40 %	12,90 %	0,00%
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores,	20,30 %	44,90%	26,10 %	8,70%	0,00%

sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	37,10 %	45,70%	17,10 %	0,00%	0,00%
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	17,10 %	35,70%	27,10 %	20,00 %	0,00%
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria	24,30 %	35,70%	40,00 %	0,00%	0,00%
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	51,40 %	30,60%	10,60 %	5,40%	2,00%
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	21,40 %	44,30%	34,30 %	0,00%	0,00%
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	25,00 %	51,50%	23,50 %	0,00%	0,00%
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	51,40 %	35,70%	12,90 %	0,00%	0,00%
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	42,90 %	40,00%	15,70 %	1,40%	0,00%
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío.	15,70 %	28,60%	35,70 %	15,70 %	4,30%

En cuanto a los resultados en *El Cuestionario sobre la salud del paciente*, como se aprecia en la Gráfica I, existe un 29% de participantes que respondieron la opción “mucho” en 3 o más síntomas, presentando la posibilidad de la existencia de algún trastorno somatomorfe. En la Tabla 4 los participantes informaban de altos porcentajes en los ítems referentes al aparato digestivo (dolor de estómago, diarrea, náuseas, gases o indigestión); en el ítem referente a dolores en brazos piernas y articulaciones se obtuvieron elevados resultados tanto para la opción “muchas veces” (25,7%) como para la de “algunas veces” (50%). Del mismo modo, caben destacar los resultados obtenidos

para la aparición de calambres y otros problemas menstruales en las mujeres, con un porcentaje de “algunas veces” de un 60%. Los síntomas que menos referían los participantes fueron, por este orden, problemas para respirar, desvanecimientos cortos, dolor o problemas durante el coito y lumbago.

Gráfica I. Respuestas Cuestionario sobre la Salud del paciente. Probabilidad de existencia de trastornos psicosomáticos.

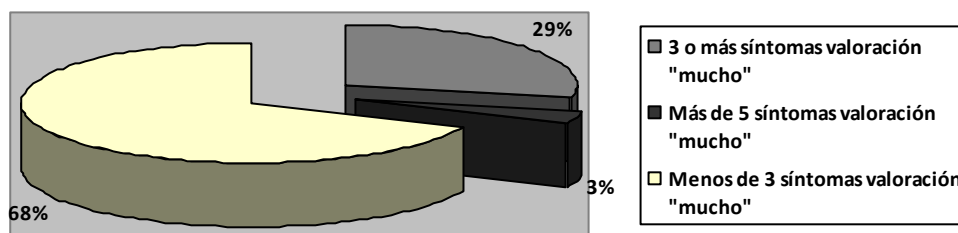


Tabla IV. Cuestionario sobre la salud del paciente.(Patient Health Questionnaire, PHQ).

Durante las últimas cuatro semanas ¿cuántas veces presentó usted alguno de los siguientes problemas?			
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
1. Dolor de Estómago.	38,60%	44,30%	17,10%
2. Lumbago.	55,70%	31,40%	12,90%
3. Dolor en brazos, piernas o articulaciones.	24,30%	50,00%	25,70%
4. Calambres menstruales y otros problemas durante su periodo. (n=35)	25,00%	60,00%	15,00%
5. Dolor o problemas durante el coito.	55,70%	31,40%	12,90%
6. Cefaleas	48,60%	32,80%	18,60%
7. Dolor torácico.	50,00%	37,10%	12,90%
8. Mareos.	45,70%	42,90%	11,40%
9. Desvanecimientos cortos.	64,30%	24,30%	11,40%
10. Problemas para respirar.	68,60%	27,10%	4,30%
11. Diarrea, heces blandas.	35,70%	44,30%	20,00%
12. Nauseas, gases o indigestión.	32,90%	50,00%	17,10%

Discusión

Es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio para el análisis posterior de los resultados. Se trata de una muestra con un tamaño reducido, no representativa, por el proceso muestral elegido, que nos impide generalizar los resultados. Del mismo modo, al tratarse de un cuestionario autoadministrado la calidad de la información depende del deseo de los participantes de proporcionar los datos fidedignamente. Este instrumento, que puede emplearse en población general, da una medida de la intensidad de los síntomas y permite identificar a los pacientes que podrían desarrollar síntomas clínicos a partir de estos trastornos. Teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente expuestas, y de que se trata de una investigación inicial, se ha dado respuesta al objetivo propuesto, obteniendo resultados en los que se deberá profundizar en estudios posteriores. Del mismo modo, los resultados están en consonancia con los recogidos en estudios similares sobre el tema, y que a continuación expondremos.

Analizando los resultados obtenidos en La escala de ansiedad de Hamilton, buena parte de los participantes indicaban tener síntomas de ansiedad, en mayor o menor grado, existiendo similitudes con estudios que relaciona niveles de ansiedad con la aparición de síntomas psicósomáticos como pueden ser dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, o indigestión⁹. Los resultados también se corresponden con el estudio llevado a cabo por Gureje, Simon, Ustun y Goldberg (1997)¹¹, que encontraron, en 12 países distintos, que los pacientes con somatización tenían un alto riesgo de presentar trastornos de ansiedad generalizada, ya que los porcentajes de pacientes que expresaban síntomas de enfermedades psicósomáticas, y niveles de ansiedad eran elevados. En este estudio, los síntomas más referidos fueron gastrointestinales, como náuseas, indigestión, dolor estomacal, diarrea, y deberá ser tenido en cuenta, para profundizar en ello en próximos trabajos.

Del mismo modo, al responder al Cuestionario sobre la salud del paciente referían contar con distintos problemas de salud, no relacionados con enfermedades diagnosticadas, siendo mayores los problemas gastrointestinales, dolor en brazos, piernas y articulaciones, y problemas menstruales, en el caso de las mujeres. Distintos autores han estudiado la influencia de la ansiedad o el estrés sobre la aparición del dolor o de distintas enfermedades psicósomáticas, influenciando incluso sobre el sistema inmunológico, llegando a debilitarlo⁸.

Conclusiones

Analizando los resultados obtenidos, parece que la proliferación de enfermedades psicósomáticas en nuestra sociedad actual es una realidad, con un gran número de participantes que mostraron signos de ansiedad y síntomas psicósomáticos reflejados en su salud general, cuando se trataba de individuos sanos.

Como profesionales de la salud, debemos plantearnos la búsqueda de soluciones para abordar esta problemática. Ante este contexto Enfermería no puede mostrarse ajena a la situación, debemos trabajar para conocer la situación actual, teniendo en cuenta su origen multicausal, sus componentes biopsicosociales, para hacer un abordaje interdisciplinario de los trastornos psicósomáticos en la comunidad. Enfermería debe actualizarse, para contar con herramientas para afrontar las nuevas problemáticas de la comunidad, como es la aparición de las enfermedades psicósomáticas, relacionadas con los niveles de ansiedad, que pueden estar en consonancia con la vida que llevamos, con altos niveles de estrés, poco tiempo disponible y ansiedad. Se hace necesario el trabajo conjunto con otros profesionales para hacer un abordaje biopsicosocial del individuo.

Esto supone un reto, no es posible abordar fenómenos complejos a partir de principios de un paradigma simplificador que siga viendo las partes o el todo, que no se pueda dar cuenta de la relación que se teje entre las distintas dimensiones constitutivas del ser humano (biológicas, psicológicas, sociales, culturales, etc). Es el momento de realizar un abordaje holístico al campo de la psicopatología, desde una perspectiva multidisciplinar, que nos permita tener en cuenta al individuo de manera integral, incluyendo en esta visión las influencias sociales, y en especial la ansiedad, dada la influencia que parece ejercer sobre la aparición de posibles trastornos psicopatológicos. Por todo ello, se plantea como una línea para estudios futuros reflexionar acerca de la contribución de Enfermería al abordaje de los trastornos psicopatológicos.

Como conclusión final de este trabajo, nos parece importante señalar que Enfermería debe estar dotada de las herramientas necesarias para detectar aquellos síntomas que van más allá de los síntomas físicos de enfermedad, para trabajar, junto a otros profesionales para su mejora y resolución.

En cuanto a las aportaciones de la presente investigación al panorama científico, estudios como el nuestro sirven para aportar información sobre el estado de la cuestión. Se trata de un estudio reducido, con limitaciones metodológicas, como anteriormente fue expuesto, que precisa de posteriores réplicas en estudios de muestras más amplias, en estudios más en profundidad y controlados. Pero aporta nuevas líneas de estudio, como es visibilizar las enfermedades psicopatológicas, poco conocidas por la sociedad.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud 2006-2007(ENSE). Consultado 13/02/2015. Disponible en Ministerio de Sanidad y Consumo:
<http://www.msp.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. Consultado 05/03/2015.
2. El contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005.
3. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Ministerio de Ciencia e innovación. Disponible en http://cibersam.es/images/PDF/Plan_Estrategico_CIBERSAM_2011_13_DEF2.pdf. Consultado 01/02/2015.
4. Sánchez A. Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicopatológicas. Medicina Ac. Col. 2006; 28(4): 161-179.
5. Lemos M, Alveriro D, Richar C. Revisión crítica del concepto “psicopatológico” a la luz del dualismo mente-cuerpo. Pensamiento psicológico 2008, 4(10):137-147.
6. Lenarduzzi H. Entre biología y cultura. Un estudio de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Editorial Biblos 2005.
7. Onnis L, Ceberio R. Cuando el cuerpo habla. La perspectiva sistémica en Psicopatología. Editorial Herder 1997.
8. González M, Landero R. Síntomas psicopatológicos y teoría transaccional del estrés. Ansiedad y estrés 2006; 12(1):45-61.
9. González MT, Landero R. Síntomas psicopatológicos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. Ciencia UANL 2008; 11(4):403-410.
10. Uribe M. Modelos conceptuales en medicina psicopatológica. Rev. Colomb. Psiquiatr.vol35. 2006.
11. Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg A. World Health Organization Study in Primary Care. Am J Psychiatry. 1997. 154 (7): 989-995.
12. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.
13. Kroenke K, Spitzer RL y Williams J. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosomatic Medicine 2002; 64: 258-266.