

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

---

**ASOCIACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE  
SALUD DE PIURA**

---

**Área de investigación:**

Biomedicina molecular y salud comunitaria

**Autora:**

Culquichicón Delgado Jossie Anabell

**Jurado evaluador:**

**Presidente:** Serrano García, Marco Orlando

**Secretario:** Lozano Ybañez, Rosa Angela

**Vocal:** Espinola Lozano, Joel Hernando

**Asesor:**

Rosales García Roberto Alejandro

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2520-9209>

**TRUJILLO-PERU**

**2023**

**Fecha de sustentación: 13/06/2023**

# ASOCIACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE SALUD DE PIURA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

5 %	6 %	1 %	2 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe	3 %
Fuente de Internet		
2	dspace.unitru.edu.pe	1 %
Fuente de Internet		
3	es.scribd.com	1 %
Fuente de Internet		
4	biblioteca.uasb.edu.ec	1 %
Fuente de Internet		
5	dspace.ucuenca.edu.ec	1 %
Fuente de Internet		

  
Dr. Roberto Rosales Garcia  
MÉDICO PSIQUIATRA  
CMP: 9146 - RNE: 2957

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 1%

# DECLARACION DE ORIGINALIDAD

Yo, Roberto Alejandro Rosales García, docente del Programa de Estudio de Medicina humana o de Postgrado, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **ASOCIACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE SALUD DE PIURA**, autora Jossie Anabell Culquichicon Delgado de constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 5 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 8 de mayo del 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad

Trujillo, 15 de junio del 2023

**ASESOR** Roberto Rosales García **DNI:** 18173908  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2520-9209>

**AUTOR** Jossie Culquichicon Delgado  
**DNI** 72941837

  
Dr. Roberto Rosales García  
MÉDICO PSIQUIATRA  
CMP: 9146 RNE: 2957



## **DEDICATORIA**

*A mis padres porque ellos son la base en la construcción de mi vida profesional, porque sin su apoyo no hubiera logrado llegar hasta aquí. Gracias a su amor, paciencia, comprensión y a su apoyo incondicional.*

*A mis hermanos por ser un ejemplo de superación, en ellos tengo el espejo en el cual quiero reflejar mi vida.*

*A Matteo, mi sobrino, que desde que llego a nuestra familia solo ha traído felicidad y unión.*

*A mi Milita, mi abuela paterna, que, aunque hoy ya no este conmigo, fue por mucho tiempo parte indispensable de mi vida, te agradezco por tu amor infinito y por guiarme siempre por el buen camino.*

*A mis mejores amigos que siempre estuvieron para mi cuando los necesite, y no dejaron que me rindiera.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios, a mi familia, maestros y a todos los que han formado parte de mi crecimiento personal.*

*A mis maestros de medicina por apoyar mi formación profesional transmitiéndome su conocimiento.*

*A mi asesor de tesis el Dr. Roberto Rosales y a mi coasesora Fiorela Solano por su paciencia para guiarme en el desarrollo de esta investigación.*

*A mis buenos amigos, que siempre estuvieron cuando los necesite y fortalecieron la confianza en mi misma.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la asociación del perfil psicopatológico y la enfermedad crónica en pacientes de consulta externa.

**Introducción:** Las enfermedades crónicas han aumentado en frecuencia en los últimos años, su importancia radica en el aumento de mortalidad y la disminución de calidad de vida del paciente, a esto se suma el potencial riesgo de una enfermedad mental debido a la imposibilidad de hacer frente a los cambios. Estudios anteriores muestran a la depresión y ansiedad como parte de estas enfermedades, pero no demuestran un perfil psicopatológico completo.

**Métodos:** Estudio analítico transversal, se usó el inventario de síntomas SCL-90 R, se excluyeron a pacientes con episodio de estrés agudo, patología psiquiátrica o neurológica previa y aquellos que tuvieron alguna urgencia en salud. Se calificó como desenlace positivo a la presencia de al menos un síntoma psicopatológico, se realizó un análisis multivariante a partir de una regresión logística con determinación de RP, nivel de confianza 95% y valor p menor a 0.05.

**Resultados:** De 80 personas encuestadas, 42 presentaban sintomatología positiva. Se encontró mayor frecuencia de fobias seguido de somatizaciones como sintomatología psicopatológica. La presencia de enfermedad crónica se asoció con un desenlace positivo (RP 4.70; IC 95%: 0.65-33.94), donde sobresalió la hipertensión arterial (RP 1,22; IC 95%: 0,69-2,18), enfermedad renal crónica (RP 1,49; IC 95% (0,77-2,89)), el glaucoma (RP 1,63; IC 95%: 0,83-3,18) y el hipotiroidismo (RP 1,09; IC 95%: 0,71-1,78)

**Conclusiones:** Algunas enfermedades crónicas tienen mayor frecuencia de riesgo de síntomas psicopatológicos.

**PALABRAS CLAVE:** Psicopatología, enfermedad crónica, salud mental

## **ABSTRACT**

**Objective:** To assess the association of psychopathological profile and chronic illness in outpatients.

**Background:** Chronic diseases have increased in frequency in recent years, their importance lies in the increased mortality and decreased quality of life of the patient, to this is added the potential risk of mental illness due to the inability to cope with the changes. Previous studies show depression and anxiety as part of these illnesses, but do not demonstrate a complete psychopathological profile.

**Methods:** Cross-sectional analytical study, using the SCL-90 R symptom inventory, excluding patients with an episode of acute stress, previous psychiatric or neurological pathology and those with a health emergency. The presence of at least one psychopathological symptom was classified as a positive outcome. Multivariate analysis was performed using logistic regression with determination of PR, 95% confidence level and p-value less than 0.05.

**Results:** Out of 80 respondents, 42 had positive symptomatology. A higher frequency of phobias was found, followed by somatization as a psychopathological symptomatology. The presence of chronic disease was associated with a positive outcome (PR 4.70; 95% CI: 0.65-33.94), where arterial hypertension (PR 1.22; 95% CI: 0.69-2.18), chronic kidney disease (PR 1.49; 95% CI (0.77-2.89), glaucoma (PR 1.63; 95% CI: 0.83-3.18) and hypothyroidism (PR 1.09; 95% CI: 0.71-1.78) stood out.

**Conclusions:** Some chronic diseases have a higher frequency of risk of psychopathological symptoms.

**KEYWORDS:** Psychopathology, chronic disease, mental health.

# ÍNDICE

## CONTENIDO

RESUMEN .....	03
ABSTRACT .....	04
I. INTRODUCCIÓN .....	06
1.1. Enunciado del problema .....	11
1.2. Objetivos .....	11
1.3. Hipótesis .....	12
II. MATERIAL Y MÉTODOS .....	12
2.1. Diseños de estudio .....	12
2.2. Población, muestra y muestreo .....	12
2.3. Definición operacional de variables .....	15
2.4. Procedimientos y técnicas .....	19
2.5. Plan de análisis de datos .....	21
2.6. Aspectos éticos .....	21
III. RESULTADOS .....	21
IV. DISCUSIÓN .....	29
V. CONCLUSIONES .....	32
VI. RECOMENDACIONES .....	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
VIII. ANEXOS .....	38

## I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas según la OMS son aquellas que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles. Los cuatro tipos más relevantes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Todas ellas son una de los principales problemas de salud pública, debido a su alta prevalencia y alta mortalidad. (1–3)

Según el MINSA son enfermedades no originadas primariamente por agentes biológicos y que se padecen durante muchos años, antes de producir la muerte; que requieren un control y tratamiento periódicos; además de estar estrechamente asociadas a determinados factores de riesgo. Alguna de estas enfermedades puede controlarse a mediano o largo plazo, sin embargo, esto depende del nivel económico del paciente y su familia, puesto que, se necesita la compra de medicamentos y controles con médicos especialistas. Por ello en diversos estudios se ha demostrado que las enfermedades crónicas tienen un alto impacto en países con bajos y medianos ingresos donde causa un mayor nivel de mortalidad con un 80% y altas tasas de morbilidad(4,5)

Dentro de estas enfermedades crónicas destaca la hipertensión arterial, que genera una mortalidad aproximada a 9,4 millones de personas en todo el mundo. La prevalencia en el Perú es de 22,1% según los criterios de JNC-7 y 42,0% según los criterios del AHA.(6)

Además, la prevalencia de diabetes se ha duplicado en los últimos 30 años. Estudios internacionales indican que la prevalencia más baja de diabetes en Sudamérica en mujeres es en Perú con 8,1%, comparado con el 8,5% en Ecuador, 10,8% en Chile y 8,9% en Bolivia y 8.7% en Brasil. Sin embargo, la evidencia de estudios realizados en nuestro país muestra que la prevalencia de diabetes aumento, aproximadamente 2 nuevos casos por cada 100 personas cada año. (7,8)

El estudio de Sernaque S. e Isabel M. sobre prevalencia de enfermedades crónicas a nivel comunitario, reportada en un sector del distrito de 26 de octubre de la población de San Martín en la región Piura, donde se encuentra un porcentaje del 37% de Diabetes mellitus tipo 2 y 31% de hipertensión arterial en la población, asimismo otras enfermedades como artrosis, artritis, Alzheimer en menor frecuencia; igualmente se identificó a las féminas como la población más afectada con un 59%(9)

La psicopatología, rama de la psicología, analiza las enfermedades o trastornos mentales, cuál es su origen, su curso y su posible evolución. Esta

disciplina se centra en estudiar los comportamientos anormales de las personas. Cuando se habla de psicopatología o de trastornos mentales, nos estamos refiriendo a un conjunto extremadamente amplio de problemas relacionados con la conducta, el pensamiento y las emociones que, por lo general, no tienen una causa física directa. (10)

Al decir perfil psicopatológico hacemos referencia a aquellas características, rasgos o síntomas que son intrínsecos de un individuo que presenta uno o varios trastornos mentales y/o manifestaciones de los procesos no normales de la mente y la conducta humana que dificultan el desarrollo de un sujeto en su quehacer cotidiano, y que por lo tanto pueden influir en su falta de salud.(11)

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales son muy comunes y tienen una gran contribución de la morbilidad mundial, estas representan el 7.4%; y son la causa principal de enfermedades no mortales en todo el mundo. Debida a su alta prevalencia, la discapacidad que desencadena en los que la padecen y los costos adicionales que conlleva, los trastornos mentales representan un desafío muy grande para el sistema de salud. En 2010, debido a los altos costos directos de la atención médica y los mayores costos indirectos debido a una reducción de la productividad de las personas que la padecen, el costo de los trastornos mentales en Europa se estimó en 461 mil millones de euros. (9,10)

Los pacientes con enfermedades crónicas son muy propensos a sufrir enfermedades mentales, como depresión y/o ansiedad esto debido a que sufrir de una enfermedad crónica conlleva a cambios en el estilo de vida, al uso diarios de medicamentos que pueden generar escasez en la economía familiar y a otros factores que pueden generar en la paciente preocupación, sensación de dependencia, etc. La coocurrencia y el impacto de problemas sociopsicológicos en enfermedades físicas especialmente diabetes e hipertensión es un desafío para el diagnóstico y tratamiento.(8)

Maria Polikandrioti y colaboradores (2016) Grecia. En su investigación donde se realizó una recolección de muestra de 190 pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca, reclutados en hospitales públicos de Grecia que tuvo como objetivo explorar la asociación entre las características de los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca con sus necesidades, se evidenció que los pacientes casados tenían niveles inferiores de depresión en comparación con los pacientes solteros, divorciados y viudos, esto coincide con otro estudio en donde refieren que los casados conservan un mejor bienestar mental por el hecho de presentar pareja o el sentirse acompañados. (13,14)

Nathalie Tamayo y colaboradores (2015) Colombia. Realizaron un estudio transversal observacional con representatividad nacional para los grupos de edad medidos 12-17, 18-44 y 45 y más años donde se midieron los trastornos del afecto, además de la fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de pánico, además de diferentes condiciones crónicas en los últimos 12 meses. Se evidenció que las personas que sufren algún tipo de enfermedad crónica tienen más probabilidades de sufrir enfermedades mentales. La prevalencia de ansiedad o trastornos afectivos es del 3.8%, las que padecen alguna enfermedad crónica que se asocia con dolor es del 5.9% y las que no padecen ninguna enfermedad crónica es del 3.3%. El vínculo entre estas afecciones puede provocar discapacidad física y disfunción psicosocial.(15)

Yaxing Zhang, Yujing Chen y Lina Ma (2018) en su artículo de revisión hacen referencia a que se ha demostrado que la existencia y gravedad de la depresión en pacientes hipertensos están estrechamente relacionadas con su pronóstico, ello lleva al aumento de la morbilidad y mortalidad de infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular, muerte súbita y otros eventos cardiovasculares graves en pacientes con depresión. En personas hipertensas; debe primar el reconocimiento de rasgos de afectividad negativa como depresión, somatizaciones, irritabilidad, hipobulia e ira debido a que podrían facilitar al sostenimiento de la presión arterial elevada en estas personas.(16)

La diabetes mellitus tipo 2 es otra de las enfermedades con alta prevalencia en nuestro medio. Sohrab Amiri y Sepideh Behnezhad(2019) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis en la que sus hallazgos indican que la diabetes es un factor de riesgo para los síntomas de ansiedad, SV Bădescu y colaboradores (2019) sugieren que la diabetes aumenta el riesgo de ansiedad hasta en un 48% % y hasta 2 a 3 veces más predisposición de depresión, donde la mayoría permanecen infradiagnosticado.(17,18)

En los estudios realizados por Luis Enrique Sánchez-Sierra más colaboradores (2020), y Karla Martínez y colaboradores (2019) en estos estudios hay mayor tendencia por los trastornos del estado de ánimo, los cuales son mayores en hombres y en los primeros años tras el diagnóstico. En ellos, se involucra la frustración de no realizar las mismas actividades diarias de siempre, llevando a síntomas depresivos e ideas de minusvalía lo que puede conducir a otros problemas serios como el uso de alcohol o sustancias tóxicas para su salud.(19,20)

Carmen Perales, Stefan Duschek, Gustavo A Reyes (2016) España. Se obtuvieron datos de 52 pacientes en hemodiálisis. Las medidas incluyeron a) la encuesta de salud SF-36, b) la escala de síntomas somáticos revisada

(ESS-R) y c) la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). La regresión múltiple fue el principal método de análisis estadístico. Se buscó comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos y el estado de ánimo (depresión y ansiedad) autorreportados sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. Se obtuvo como resultados que los pacientes exhibieron niveles de calidad de vida relacionada con la salud por debajo de los valores normativos, con prevalencia de ansiedad y depresión del 36,5% y 27%, respectivamente. Las personas con enfermedad renal tienen cambios emocionales, que pueden ser causados por las muchas pérdidas que deben enfrentar los pacientes renales, como el perjuicio del bienestar, su situación familiar y laboral, los recursos económicos, las actividades diarias, la presión inherente al proceso de diálisis, las estrictas restricciones dietéticas, etc. El nivel de ansiedad es un predictor independiente de los síntomas somáticos y representa el 25% del número total de síntomas notificados como alergias, musculoesqueléticas, gastrointestinales, inmunes y cardiovasculares.(21)

J Montserrat-Capdevila (2019) En un estudio de cohorte prospectivo se encontró que los pacientes con ansiedad y/o depresión tienen un mayor número de exacerbaciones y tienen un riesgo de sufrir una exacerbación de 48% en comparación con aquellos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin ansiedad y/o depresión. Por tanto la ansiedad y la depresión juegan un papel importante en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.(22)

Anirudh Sharma y colaboradores (2016) realizaron una revisión sistemática donde mencionan que la enfermedad musculo esquelética más común en todo el mundo es la osteoartritis, los pacientes que la padecen con frecuencia refieren ansiedad y depresión como comorbilidades. Esto predispone a los pacientes a experimentar dolor con más frecuencia, ya que la evidencia reciente sugiere que la ansiedad y la depresión pueden alterar los niveles del umbral del dolor.(23)

Francisco Diez Canseco y colaboradores (2014) Perú. Se realizó un simposio sobre la relación entre la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles; así como la posibilidad de atenderlas de manera integral en el sistema de salud peruano. Es lo más semejante a la presente investigación que se haya realizado en nuestro país, aunque no sea un artículo original o de revisión. En este simposio se discutió sobre 1) prevalencia y carga de enfermedad de enfermedades crónicas no transmisibles y desórdenes mentales a nivel mundial y en el Perú. 2) impacto perjudicial de la depresión en la etiología, así como en la progresión de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. 3) se analiza la brecha

en el acceso a la atención de la salud mental en el Perú y finalmente, se exploran las alternativas para reducirla. (24)

David Villarreal y Antonio Bernabé en su estudio demostraron que existe una asociación entre la hipertensión y los síntomas depresivos, pero esto varía según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Por lo tanto, las personas con menos de 1 año desde el diagnóstico tenían la mayor probabilidad de tener síntomas depresivos; después de eso, esa probabilidad disminuyó a medida que aumentó el tiempo desde el diagnóstico.(25)

La salud mental es de vital importancia en la salud global de la persona, con una carga de 450 millones a nivel mundial donde aproximadamente un millón desenlaza en suicidio; además de otras connotaciones como los altos costos generados a largo plazo y la “brecha en el tratamiento”, asimismo el desencadenamiento de otras consecuencias como pobre adherencia al tratamiento, mal control, aumento de riesgo de complicaciones, disminución de calidad de vida, entre otras.

Ante la alta prevalencia de las enfermedades crónicas y la afectación en la salud global tanto de estas como de los trastornos mentales, es necesario la evidencia de su asociación, igualmente, no se tienen datos sobre la asociación general de ciertos síntomas psicopatológicos con las enfermedades crónicas.(26,27)

Estudios anteriores evidencian la asociación de trastornos emocionales como la ansiedad y depresión con algunas enfermedades crónicas como HTA, diabetes tipo 2, enfermedad obstructiva crónica, entre otros; donde se observa una asociación directa e inversa entre ambos tipos de enfermedades, sin embargo, son muy pocos los estudios que evalúan la relación con otros trastornos psicopatológicos como somatizaciones, irritabilidad, hostilidad, ansiedad fóbica, entre otros. Por otro lado, se evidencia que ambas afecciones afectan la calidad de vida de la persona, debido a condiciones que llegan a limitar las actividades diarias del paciente como el caso de dolor por una artritis, amputación por una diabetes no controlada, entre otros. Igualmente, las enfermedades mentales son altamente discapacitantes, por lo que la importancia de estudio radica en evaluar la asociación entre ambas afecciones para una evaluación pronóstica a posteriori.

Se decidió realizar este estudio con el fin de encontrar dicha asociación significativa y así poder llegar a una mejora en la calidad de vida de dichos pacientes y a un tratamiento integral debido a que en nuestro sistema de salud peruano continua habiendo mucha desinformación tanto de pacientes y en personal de salud con respecto a la salud mental.

Por lo tanto, se cree importante verificar y demostrar dicha asociación ya que hoy en día la salud mental es dejada de lado sin darle la prioridad necesaria, pasando por alto todo lo que conlleva padecer una enfermedad crónica que puede dar como desenlace la presencia de síntomas psicopatológicos. Todo esto nos permitirá desarrollar distintas estrategias de diagnóstico oportuno y prevención para llegar a lograr manejar a nuestros pacientes de una forma integral.

Por último, no está demás señalar el aporte científico que esté presente estudio permitirá aportando información valiosa la cual será como base a otros estudios para lograr mejorar aún más el abordaje en este tipo de pacientes que padecen enfermedades crónicas con o sin perfil psicopatológico positivo

### **1.1 Enunciado del problema:**

¿Existe asociación ente la presencia de síntomas psicopatológicos y enfermades crónicas en pacientes de consulta externa del centro de salud I-1 CP3 San Martin – Piura durante el mes de enero del 2021 a enero del 2022?

### **1.2 OBJETIVOS**

#### **Generales:**

Identificar la asociación entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el tipo de enfermedad crónica en pacientes de consulta externa del Centro de Salud I-1 CP3 San Martin – Piura durante el mes de enero del 2021 a enero del 2022

#### **Específicos:**

- Asociar las características personales y la presencia de los síntomas psicopatológicos de los pacientes.
- Distribuir el tipo de enfermedad crónica según los síntomas psicopatológicos del paciente.
- Asociar las características de la enfermedad crónica con los síntomas psicopatológicos de los pacientes.

### **1.3 HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis nula (H0)**

NO existe asociación entre el perfil psicopatológico y enfermedad crónica en pacientes de consulta externa del Centro de Salud I-1 CP3 San Martin – Piura durante el mes de enero del 2021 a enero del 2022

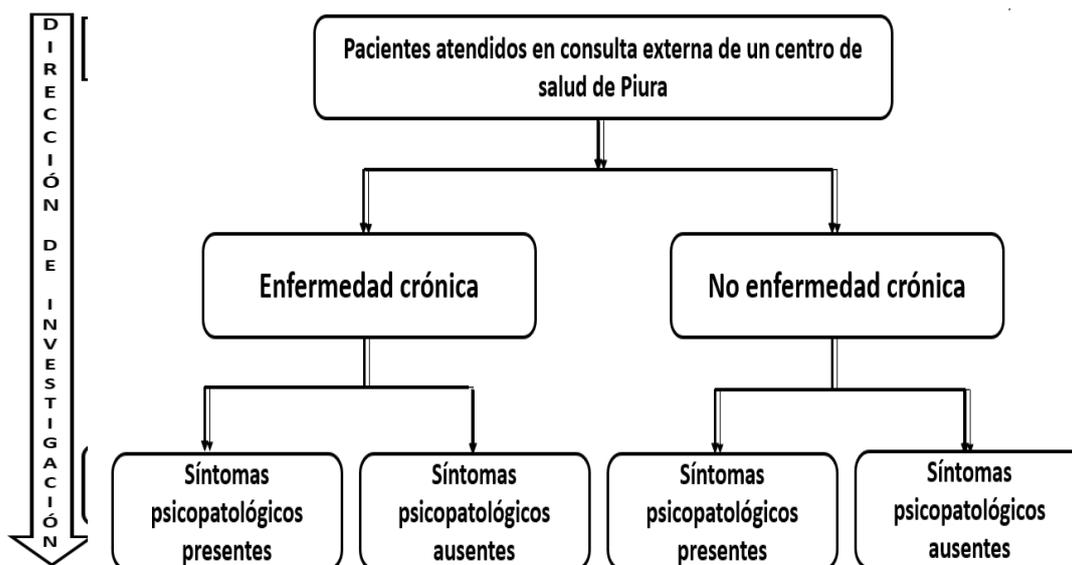
## HIPOTESIS ALTERNATIVA (Ha)

Existe asociación entre el perfil psicopatológico y enfermedad crónica en pacientes de consulta externa del Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura durante el mes de enero del 2021 a enero del 2022

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Diseño de estudio

Estudio de tipo observacional, analítico transversal.



### 2.2 Población, muestra y muestreo

Todos los pacientes atendidos en consulta ambulatoria del centro de salud I-1 CP3 San Martín atendidos en enero del 2021 a enero del 2022.

#### 2.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

##### Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en consulta externa mayores de 18 años
- Pacientes que deseen colaborar en el proyecto y acepten el consentimiento informado.
- Pacientes con un tiempo de diagnóstico de enfermedad crónica de mínimo 6 meses

##### Criterios de exclusión

- Pacientes con trastorno mental orgánico
- Pacientes con patología psiquiátrica o neurológica diagnosticada actualmente.
- Pacientes que en algún momento de su vida hayan recibido tratamiento para una enfermedad psiquiátrica o neurológica.
- Pacientes que en consulta presenten una emergencia médica.

- Pacientes que actualmente estén sometidos a episodios de causar estrés agudo, por ejemplo, fallecimiento de un familiar cercano.
- Pacientes que se nieguen a responder el cuestionario y llenar el consentimiento informado.

### 2.2.2 Muestra

- **Unidad de análisis**

Paciente atendido de forma ambulatoria en el Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura

- **Unidad de muestreo**

Constituida por el cuestionario de cada paciente atendido de forma ambulatoria en el Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura

- **Tamaño muestral:**

La muestra se calculó según la fórmula de cálculo de muestra de dos proporciones esperadas:

$$n = \left( \frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1 - P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N + n}, \text{ si la población es finita,}$$

En este caso se consideró:

P = Es la proporción esperada en la población,

e = Es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción,

$z_{1-\alpha/2}$  = Coeficiente de confiabilidad al nivel de confianza del  $1-\alpha$  %

N = Es el tamaño de la población.

#### **Cálculo con uso de Epidat 4.2:**

P = 35,2% (prevalencia de trastornos mentales en pacientes con enfermedad crónica, según lo hallado por AlKhathami et al.(8))

e = 5%

$z_{1-\alpha/2}$  = 1.96 (Nivel de confianza del 95%)

N = 90 pacientes atendidos en consulta ambulatoria del centro de salud I-1 CP3 San Martín atendidos en 6 meses.

**Datos:**

Tamaño de la población: 90  
Proporción esperada: 35,200%  
Nivel de confianza: 95,0%  
Efecto de diseño: 1,0

**Resultados:**

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	72

Se necesitará una muestra aleatoria simple de 72 pacientes atendidos en consulta ambulatoria del centro de salud I-1 CP3.

### 2.3 Operacionalización de variables

**VARIABLE 1 (dependiente):** Síntomas psicopatológicos

**VARIABLE 2 (independiente):** Enfermedad crónica

VARIABLE	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
<b>INDEPENDIENTE</b>  Enfermedad crónica	Presencia de enfermedad	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
	Tipo de enfermedad	Cualitativa	Nominal	0= Cardiovascular 1= Pulmonar 2= Osteomuscular 3= Otras
	Tiempo de diagnostico	Cuantitativa	Discreta	
	Control de enfermedad crónica	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
	Somatizaciones	Cualitativa	Nominal	

<b>DEPENDIENTE:</b> Síntomas psicopatológico s	Obsesiones y compulsiones	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de Inventario de síntomas SCL-90- R de L. Derogatis
	Sensitividad interpersonal	Cualitativa	Nominal	
	Depresión	Cualitativa	Nominal	
	Ansiedad	Cualitativa	Nominal	
	Hostilidad	Cualitativa	Nominal	
	Ansiedad fóbica	Cualitativa	Nominal	
	Ideación paranoide	Cualitativa	Nominal	
	Psicoticismo	Cualitativa	Nominal	
	Tiempo de sintomatología	Cuantitativa	Discreta	Meses o años que presenta la sintomatología.

<b>COVARIABLES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>REGISTRO</b>
Edad	Cuantitativa	Continua	Cuestionario	Años
Genero	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Femenino/ masculino

Ocupación	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Ninguna/ independiente/ dependiente/jubilado
Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Primaria, secundaria, técnica y educación superior completa o incompleta
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Soltero(a)/ casado(a)/divorciado(a)/viudo(a)/convivie nte
Antecedente familiar de trastorno mental	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Si / no
Complicación	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Pie diabético/ cardiomiopatía/ hipertrofia ventricular/ otros

## **Definiciones operacionales**

### **Somatizaciones**

Malestar causado por la sensación de alteraciones corporales, cardiovasculares, gástricas, respiratorias y de otro tipo fuertemente mediadas por el sistema nervioso autónomo, que incluyen dolor de cabeza, dolor muscular y otras manifestaciones físicas de ansiedad.(28)

### **Obsesiones y compulsiones**

La obsesión es un trastorno mental , los pacientes tienen pensamientos, sentimientos e ideas excesivas y las compulsiones los pacientes experimentan comportamientos indeseables que repiten una y otra vez (29)

### **Sensitividad interpersonal**

El paciente se siente inferior e incómodo, especialmente en comparación con otros individuos; autocrítica, mostrando problemas en la relación interpersonal.(30)

### **Depresión**

Es un trastorno afectivo, en el cual la persona manifiesta sentimientos de tristeza, desesperanza, hipobulia, anhedonia y pérdida de la energía vital; en algunos casos pueden existir ideas suicidas (30)

### **Ansiedad**

Estado mental de malestar psicológico y físico, ante amenazas inminentes y motivos inciertos, caracterizado por inquietud o inseguridad. (31)

### **Hostilidad**

Se caracteriza por la ira y el comportamiento hostil. Las personas pueden experimentar sensaciones molestas, necesidad de romper cosas y temperamentos explosivos incontrolables(30)

### **Ansiedad fóbica**

Es el miedo irracional y desproporcionado al estímulo que lo provoca y persistente que puede ser a personas, objetos, lugares o situaciones específicas, lo que lleva a la persona a desarrollar conductas de evitación u escape de lo que lo atemoriza.(31)

### **Ideación paranoide**

Se evalúa por la existencia de trastorno de la esfera mental del pensamiento, lo que puede provocar en la paciente un pensamiento proyectivo, de desconfianza o miedo a perder la autonomía. (31)

### **Psicoticismo**

Incluye sentimientos de soledad, alucinaciones y el control del pensamiento, además de síntomas relacionados con el estilo de vida esquizoide.(30)

## **2.4. Procedimientos y técnicas**

### **Instrumento y Ficha de Recolección de datos**

Para aplicar la encuesta se realizó las coordinaciones respectivas con la Dirección Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura y el médico de atención ambulatoria. Se utilizó el siguiente instrumento

**Nombre:** SCL- 90-R, cuestionario de 90 síntomas revisados

**Autor:** Leonard.R. Derogatis

**Procedencia:** NCS, Minnesota. EE.UU.(1977, 1983,1994)

**Adaptación española:** J.L. Gonzales de Rivera, C. de las Cuevas, M. Rodríguez Abuín (1968,2000,2002)

**Validada en Colombia** en el año 2018 considerando una escala de Likert que responde a un sistema de puntajes, donde el puntaje medio asignado se clasifica según una tabla de valoración. En este estudio se identificaron adecuados niveles de confiabilidad con alfas de Cronbach entre 0.74 y 0.90. (32)

La **Validación en Perú** fue realizada por Atanacio R. en el año 2020 en una investigación Cuantitativa, No Experimental, y Diseño Transeccional. Esta investigación fue de tipo Instrumental donde se verificó una adecuada validez y confiabilidad de las propiedades psicométricas de este instrumento.(33)

**Aplicación:** individual y colectivo

**Ámbito de aplicación:** 13 años en adelante

**Duración:** 15 minutos aproximadamente

**Finalidad:** Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatologías y tres índices globales de malestar

**Baremación:** de población general, pacientes psiquiátricos (diferenciados por sexo) y de pacientes con disfunción temporomandibular

#### **Descripción de la prueba**

Este inventario consiste en una escala de síntomas autoinformados, para determinar la existencia de síntomas psicopatológicos y determinar su prevalencia y nivel de malestar. Consiste en una escala de síntomas autogestionados, que sirve como una medida autoinformada para evaluar el grado de malestar psicológico o angustia experimentado por la persona en los últimos 7 días o 15 días. SCL-90-R es reconocido como un instrumento comúnmente utilizado por profesionales e investigadores, debido a su facilidad de aplicación y puntuación, la posibilidad de detección de síntomas y buenas propiedades psicométricas. Esta lista de verificación se desarrolló para evaluar los patrones de síntomas psicopatológicos presentes en las personas evaluadas. En los 90 ítems que lo componen, la resolución es expresada en una escala tipo Likert, de 0 a 4, en relación a la magnitud que el individuo ha percibido en las últimas semanas las molestias que cada reactivo registra. en una escala de cinco puntos (0-4). Se estima según nueve aspectos principales como depresión,

ansiedad, ansiedad Fóbica, ideación Paranoide, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad Interpersonal, hostilidad y psicoticismo además de tres índices globales de malestar psicológica : 1. Índice de severidad global (ISG), 2. Total de síntomas positivos (TSP) y 3. Índice de malestar positivo (IMSP). Las subescalas tienen de 6 a 13 ítems, las puntuaciones de las subescalas se calcularon dividiendo la suma total de todas las puntuaciones de cada elemento de esa dimensión por el número de elementos incluidos en esa dimensión, todo ellos se comparo con los baremos, para obtener el resultado de si presenta o no el o los síntomas.

Los índices generales:

1. Índice de severidad global (ISG): es un muy buen indicador del nivel de malestar actual, que combina el número de síntomas reconocidos y la intensidad de la incomodidad sentida. Se calcula dividiendo la suma de todas las puntuaciones de todos los elementos por el número total de elementos.
2. Síntomas Positivos Totales (TSP), se calcula sumando todos ítems donde la respuesta haya sido mayor a 0 (1-4), indica que en los que la puntuación original de los hombres es igual o menor que 3, y la puntuación original de las mujeres es igual o menor que 4 están intentando conscientemente mostrar un mejor desempeño (imagen positiva), y el hecho de que la puntuación original sea superior a 50 para los hombres y 60 para las mujeres indica que existe una tendencia a exacerbar la enfermedad
3. Índice de malestar positivo (IMSP), donde las puntuaciones extremas indican actitudes fingidas, se calcula dividiendo el total de la suma de las puntuaciones de las diferentes escalas con el valor obtenido en TSP.(32,34)

## **Recolección**

La recolección de datos se realizó desde enero del 2021 hasta enero del 2022. Se realizo las coordinaciones respectivas con la Dirección Centro de Salud I-1 CP3 San Martin – Piura y el médico de atención ambulatoria para que los pacientes puedan responder la encuesta. Tras identificar los grupos de estudio con los criterios de selección, se designó como paciente con enfermedad crónica a aquel que presente un tiempo diagnóstico mayor a 6 meses y que tenga un sustento clínico o laboratorio según criterio médico; los pacientes en los que se presentó duda respecto a la presencia de enfermedad crónica no ingresaron al estudio.

Al finalizar la consulta médica, el paciente fue abordado por la investigadora quien impartió el consentimiento informado y se le entrego una copia del objetivo del estudio; una vez realizado, se procedió a la evaluación de perfil psicopatológico con el cuestionario SC-90-R. Posteriormente, se llevaron los cuestionarios a una base de datos en Excel versión 2019, para luego realizar su análisis.

## **2.5 .Plan de análisis de datos**

La información recolectada, fue procesada utilizando Excel versión número 2019 y el plan estadístico ha sido realizado con STATA versión 15.0, se usó análisis

bivariado y multivariado con regresión Poisson con determinación de RP crudo y ajustados, con determinación de un IC al 95%.

## 2.6. Aspectos éticos

Se solicitó permiso al jefe del Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura y al director de escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego; Se respetó los datos personales del paciente, previniendo la divulgación de los mismos, según la declaración de Helsinki AIB (Numerales: A11, B12, C14, D15, E22FyG23) y amparados en el artículo 25 de la Ley general de salud (26842)(35,36)

Esta investigación fue realizada por la autora de este estudio y fue asesorado por un médico psiquiatra y por un médico especialista en la atención de los pacientes del Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura, ya concluida la investigación, será sustentada, ratificando y asegurando que no se ha incurrido en copias ni plagios, adicionando la bibliografía pertinente como lo precisa el artículo 48 del Código de Ética y Deontología del CMP. (38)

El presente trabajo de investigación se encontrará disponible en el repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego.

### III. RESULTADOS

De 80 personas encuestadas, 38 presentaban sintomatología positiva y 42 no lo hacían. Se evidenció que a medida que aumentaba la edad de la población tenían mayor riesgo a presentar sintomatología psicopatológica positiva, de la misma manera un nivel de instrucción superior demostraba la disminución del riesgo de presencia de sintomatología psicopatológica con RP 3.96 para nivel secundario, RP 3.11 para nivel superior técnico y RP 1.00 para nivel superior universitario. La ocupación demostró resultados diversos, con la observación de que el 90% de los estudiantes no tenían sintomatología psicopatológica positiva a diferencia del 66,7% de los jubilados que si la presentaban. (Tabla 01)

**Tabla 1. Asociación entre las características personales y los síntomas psicopatológicos**

	Desenlace: sintomatología psicopatológica positiva			
	No n(%)	Si n (%)	RP crudo	RP ajustado
<b>Edad</b>				
18-25 años	10(76,92)	3(23,08)	REF	--

26-40	12(52,17)	11(47,83)	2.07(0.70-6.15)	
41-60	14(46,67)	16(53,33)	2.31(0.81-6.63)	
61-80	6(42,86)	8(57,14)	2.48(0.83-7.42)	
<b>Sexo</b>				
Femenino	30(53,6)	26(46,4)	REF	
Masculino	12(50,0)	12(50,0)	1.08(0.66-1.77)	
<b>Estado civil</b>				
Soltero	13(68,4)	6(31,6)	REF	--
Conviviente	9(56,3)	7(43,7)	1.39(0.58-3.31)	
Casado	17(43,6)	22(56,4)	1.79(0.87-3.68)	
Viudo	2(66,7)	1(33,3)	1.05(1.18-6.03)	
<b>Nivel de instrucción</b>				
Analfabeto	6(85,7)	1(14,3)	REF	--
Primario	15(44,1)	19(55,9)	3.91(0.61-24.89)	
Secundaria	10(43,5)	13(56,5)	3.96(0.62-25.45)	
Superior técnica	5(55,6)	4(44,4)	3.11(0.43-22.27)	
Superior universitaria	6(85,7)	1(14,3)	1.00(0.08-13.23)	
<b>Ocupación</b>				
Estudiante	9(90,0)	1(10,0)	REF	--
Desempleado	1(50,0)	1(50,0)	4.99(9.48-51.58)	
Jubilado	1(33,3)	2(66,7)	6.67(0.87-51.11)	
Dependiente	2(50,0)	2(50,0)	4.99(0.60.-42.45)	
Independiente	6(42,9)	8(57,1)	5.71(0.83-39.21)	
Ama de casa	23(48,9)	24(51,1)	5.10(0.77-33.87)	
<b>Enfermedad crónica</b>				
No	24(66,7)	12(33,3)	REF	REF
Si	18(40,9)	26(59,1)	1.77(1.05-3.00)	4.70(0.65-33.94)
<b>Antec. mental en familia</b>				
No	36(52,9)	32(47,1)	REF	--
Si	6(50,0)	6(50,0)	1.06(0.57-1.98)	
<b>Tipo de antecedente mental</b>				
Ansiedad	4(50,0)	4(50,0)	REF	REF
Depresión	2(66,67)	1(33,33)	0.67(0.11-4.12)	0.85(0.29-2.52)
Esquizofrenia	0(0,0)	1(100,0)	2.00(0.97-4.12)	1.21(0.71-2.08)
(*) Ajustado por tipo de antecedente mental y enfermedad crónica				

Al evaluar la enfermedad crónica, se demostró asociación significativa con la presencia de síntomas psicopatológicos tanto en el análisis bivariado con RP 1.77 y multivariado con RP 4.70; de la misma manera el contar con un antecedente de enfermedad mental en la familia fue un factor demostrado para la presencia de estos síntomas con un RP 1.06. (Tabla 01)

En la distribución por enfermedad crónica, se encontró que la mayor frecuencia de síntomas psicopatológicos se encontraba en relación a la hipertensión arterial, igualmente, las enfermedades no tenían una distribución de frecuencias mayores para su asociación con cada síntoma psicopatológico (Tabla 02)

***Tabla 2. Distribución del tipo de enfermedad crónica según presencia de síntoma psicopatológico***

	SOM	OBS	SENSIT.	DEPRE	ANS	HOST	FOBIAS	PARAN	PSICOT	ISG	TSP	IMSP
Hipertensión arterial	6(31,58)	3(15,79)	2(10,53)	3(15,79)	4(21,05)	2(10,53)	7(36,84)	1(5,26)	2(10,53)	4(21,05)	1(5,26)	5(26,32)
Dislipidemia	2(18,18)	1(9,09)	1(9,09)	1(9,09)	1(9,09)	1(9,09)	3(27,27)	1(9,09)	3(27,27)	1(9,09)	1(9,09)	2(18,18)
Diabetes mellitus 2	4(30,77)	2(15,38)	2(15,38)	2(15,38)	4(30,77)	1(7,69)	4(30,77)	0(0)	1(7,69)	2(15,38)	1(7,69)	3(23,08)
Gastropatía	1(100,0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Glaucoma	1(50,0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50,0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50,0)
Hipotiroidismo	1(100,0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100,0)
Arritmia	1(50,0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0)	0(0)
Enfermedad renal crónica	2(40,0)	1(20,0)	1(20,0)	1(20,0)	2(40,0)	1(20,0)	3(60,0)	0(0)	1(20,0)	1(20,0)	1(20,0)	2(40,0)
EPOC	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Anemia	1(16,67)	1(16,67)	1(16,67)	1(16,67)	2(33,33)	1(16,67)	3(50,0)	0(0)	2(33,33)	1(16,67)	0(0)	0(0)
Cáncer	2(40,0)	1(20,0)	0(0)	2(40,0)	3(60,0)	0(0)	2(40,0)	0(0)	1(20,0)	2(40,0)	0(0)	0(0)
Enfermedad reumatológica	1(8,33)	1(8,33)	0(0)	0(0)	1(8,33)	0(0)	1(8,33)	1(8,33)	1(8,33)	0(0)	0(0)	2(16,67)
Obesidad	4(23,53)	2(11,76)	2(11,76)	2(11,76)	3(17,65)	0(0)	8(47,06)	1(5,88)	2(11,76)	2(11,76)	1(5,88)	5(29,41)

SOM= somatizaciones//OBS= obsesiones y compulsiones// SENSIT= sensibilidad interpersonal// DEPRE=de ansiedad//HOST=hostilidad//FOBIAS= ansiedad fóbica// PARAN=ideación paranoide//PSICOT=psicoticismo// severidad global// ISG=Índice de severidad global// TSP=total de síntomas positivos// IMSP=índice de malest

En el análisis multivariado, se evidenció que dentro de las enfermedades crónicas de los pacientes, los que presentaban hipertensión arterial tenían 1.22 más riesgo de tener sintomatología psicopatológica positiva al igual que los pacientes con complicaciones de la enfermedad crónica de base con RP 1.33. Por otro lado la enfermedad renal crónica y el glaucoma se asociaron significativamente con sintomatología psicopatológica con RP 1.49 y 1.63 respectivamente (Tabla 03)

**Tabla 3. Asociación de sintomatología psicopatológica positiva con características de la enfermedad crónica**

	Desenlace: sintomatología psicopatológica positiva			
	NO n (%)	SI n (%)	RP crudo	RP ajustado*
<b>Tiempo de enf.</b>				
Menos de 5 años	14(42,42)	19(57,58)	REF	--
5-10 años	3(37,50)	5(62,50)	1.09(0.58-2.01)	
más de 10 años	1(33,33)	2(66,67)	1.16(0.49-2.74)	
<b>Control de la enf.</b>				
No	3(42,86)	4(57,14)	REF	--
Si	15(40,54)	22(59,46)	1.04(0.51-2.10)	
<b>Complicación de enf.</b>				
No	17(48,57)	18(51,43)	REF	REF
Si	1(11,11)	8(88,89)	1.73(1.16-2.58)	1.33(0.64-2.75)
<b>Hipertensión arterial</b>				
No	36(59,02)	25(40,98)	REF	REF
Si	6(31,58)	13(68,42)	1.67(1.08-2.57)	1.22(0.69-2.18)
<b>Dislipidemia</b>				
No	13(39,39)	20(60,61)	REF	--
Si	5(45,45)	6(54,55)	0.9(0.49-1.66)	
<b>Diabetes mellitus 2</b>				
No	13(41,94)	18(58,06)	REF	--
Si	5(38,46)	8(61,54)	1.06(0.72-1.80)	
<b>Gastropatía</b>				
No	18(41,86)	25(58,14)	REF	REF
Si	0(0,0)	1(100,0)	1.72(1.33-2.22)	0.82(0.46-1.45)

<b>Glaucoma</b>				
No	18(42,86)	24(57,14)	REF	REF
Si	0(0,0)	2(100,0)	1.75(1.34-2.28)	1.63(0.83-3.18)
<b>Hipotiroidismo</b>				
No	18(41,86)	25(58,14)	REF	REF
Si	0(0,0)	1(100,0)	1.72(1.33-2.22)	1.09(0.71-1.68)
<b>Arritmia</b>				
No	17(40,48)	25(59,52)	REF	--
Si	1(50,0)	1(50,0)	0.84(0.20-3.49)	
<b>ERC</b>				
No	18(46,15)	21(53,85)	REF	REF
Si	0(0,0)	5(100,0)	1.85(1.38-2.49)	1.49(0.77-2.89)
<b>EPOC</b>				
No	16(38,10)	26(61,90)	REF	--
Si	2(100,0)	0(0,0)	1.06(2.55-4.38)	
<b>Anemia</b>				
No	16(42,11)	22(57,89)	REF	--
Si	2(33,33)	4(66,67)	1.15(0.61-2.17)	
<b>Cáncer</b>				
No	16(41,03)	23(58,97)	REF	--
Si	2(40,0)	3(60,0)	1.01(0.47-2.20)	
<b>Enf. reumatológica</b>				
No	11(34,38)	21(65,63)	REF	--
Si	7(58,33)	5(41,67)	0.63(0.31-1.31)	
<b>Obesidad</b>				
No	12(44,44)	15(55,56)	REF	--
Si	6(35,29)	11(64,71)	1.16(0.71-1.91)	

(\*) Ajustado por ERC, hipotiroidismo, gastropatía, hipertensión arterial, glaucoma, complicación de enfermedad crónica

REF = referencia //Enf. =enfermedad//ERC= enfermedad renal crónica //EPOC= enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**TABLA 4. Asociación de características personales, presencia de enfermedades crónicas y sintomatología psicopatológica.**

<b>Datos</b>			<b>Presencia de enfermedad crónica</b>		<b>Presencia de síntomas psicopatológicos</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>EDAD</b>						
18 - 25 años	13	16.25	1	7.70	0	0
26 - 40 años	23	28.75	6	26	3	50
41 - 60 años	30	37.50	23	76.60	13	56.50
61 - 80 años	14	17.50	14	100	8	57.14
<b>Sexo</b>						
Femenino	56	70	28	50	16	57.10
Masculino	24	30	16	66.60	10	62.50
<b>Estado civil</b>						
Soltero	19	23.75	4	21	1	25
Conviviente	16	20	5	31.25	3	60
Casado	39	48.75	29	74.30	19	65.50
Viudo	3	3.75	3	100	1	33.30
No respuesta	3	3.75	3	100	2	66.60
<b>Nivel de instrucción</b>						
Analfabeto	7	8.75	6	85.70	0	0
Primaria	34	42.50	25	73.50	17	68
Secundaria	23	28.75	10	29.40	7	70
Sup. Técnica	9	11.25	3	33.30	1	33.30
Sup. Universitaria	7	8.75	0	0	0	0
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	10	12.50	0	0	0	0
Desempleado	2	2.50	2	100	1	50
Jubilado	3	3.75	3	100	2	66.60

<i>Dependiente</i>	4	5	2	50	1	50
<i>Independiente</i>	14	17.50	9	64.20	6	66.60
<i>Ama de casa</i>	47	58.75	28	59.57	15	53.50

Luego de haber realizado la recolección de datos y plasmarlas en las tablas mostradas anteriormente, se obtuvo la Tabla 4 donde quedo recopilada toda la información que evidencia la asociación de las características personales de los pacientes encuestados, la presencia de enfermedades crónicas y síntomas psicopatológicos. En la tabla 4 se puede evidenciar que a medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y sintomatología psicopatológicos, en el grupo de 41 a 60 años el 76.60% presento enfermedades crónicas, de estos últimos el 56.5% presento síntomas psicopatológicos, las personas del rango de mayor edad (61-80 años) de ellos el 100% (14) presento enfermedades crónicas, de las cuales el 57.14% (8) presentaron síntomas psicopatológicos. Respecto al sexo, en nuestro estudio participaron 70% de mujeres y 30% de hombres, de las cuales en las mujeres se obtuvo menor número de presencia de enfermedades crónicas, sin embargo. menor presencia de síntomas psicopatológicos de las que si presentaron alguna enfermedad crónica, con respecto a los hombres de nuestro estudio.

El estado civil, los casados fueron los que más presentaron enfermedades crónicas y síntomas psicopatológicos. Según el nivel de instrucción, los de primaria y secundaria fueron los que presentaron enfermedades crónicas y también presentaban síntomas psicopatológicos y, por último, la ocupación, las amas de casa formaron gran parte del estudio de los cuales el 53.5% presentaron síntomas psicopatológicos de las que presentaban al menos una enfermedad crónica.

## LIMITACIONES

Este estudio se limita por la escasa población que imposibilita hacer mayores inferencias sobre los síntomas psicopatológicos, además de pretender medir la predisposición de riesgo, esto solo podrá ser obtenida a través de un estudio de seguimiento, el poco tiempo en el que se llevó a cabo este estudio no hizo posible esta medición; sin embargo, siendo uno de los primeros estudios en relación a perfil psicopatológico en pacientes con enfermedades crónicas, será un estudio exploratorio.

## IV. DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo con el fin de determinar la asociación que existe entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el tipo de enfermedad crónica en pacientes de consulta externa del Centro de Salud I-1 CP3 San Martín de Piura en enero del 2021 a enero del 2022, esta investigación es innovadora debido a que en la literatura actual no se describe los síntomas psicopatológicos que se desarrolla en un paciente con enfermedad crónica. Al contar con datos verídicos en este estudio se podrán plantear algunas recomendaciones y medidas de prevención para mejorar el manejo de un paciente con enfermedad crónica debido a que un paciente debe tener un manejo integral, esto quiere decir que también se debe tener en cuenta la salud mental del mismo.

Se encuestó a 80 personas de las cuales 36 personas presentaron enfermedades crónicas y 44 no la presentaron, se consideró como desenlace al menos un síntoma patológico positivo resultado de la aplicación del inventario de síntomas SCL-90 R; de los cuales 38 personas presentaron síntomas psicopatológicos y 42 no lo presentaron, dentro de la primera tabla se contrastan la asociación entre las características personales y los síntomas psicopatológicos, asimismo se realizó una tabla (TABLA 4) donde se contrarrestaron tanto las características personales, presencia de enfermedad crónica y síntomas psicopatológicos positivos. En tal sentido se comparan las variables edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, presencia de enfermedad crónica, antecedentes de enfermedad mental en la familia y tipo de enfermedad mental en la familia.

Se puede evidenciar las características personales de la población, donde a medida que va aumentando la edad se evidencia una mayor fuerza de asociación estadística, esto puede ser debido a la mayor frecuencia de las enfermedades crónicas al final de la vida que quedó demostrado en la Tabla 4 donde el grupo de mayor edad todos presentaron enfermedades crónicas, esto a su vez lleva a la coexistencia de depresión y trastornos psicoafectivos. Según Tello T. et al menciona que conforme van pasando los años se exacerban las manifestaciones clínicas o complicaciones de las enfermedades crónicas y aumenta la dependencia física y/o emocional y el mayor uso de recursos sanitarios que al final desencadena un sinnúmero de trastornos psicoafectivos.(39,40)

Se encuestaron a 24(30%) hombres y 56(70%) mujeres de los cuales presentaron al menos un síntoma psicopatológico positivo en 12 hombres (50%) y 26 mujeres (46.4%). En la tabla 4 se muestra que en las mujeres se obtuvo menor número de presencia de enfermedades crónicas, lo que contradice a Sernaque S. et al quien en su estudio mostro que las féminas como la población más afectada por enfermedades crónicas con un 59% además en nuestro estudio en ellas se presentaron menor presencia de síntomas psicopatológicos; con respecto a los hombres de nuestro estudio. Se pudo evidenciar una ligera superioridad en el porcentaje de hombres con un desenlace positivo esto contradice a varios artículos, sin embargo, puede deberse a la escasa población evaluada en el estudio y la poca cantidad de hombres encuestados. El estudio de Martínez et al señala que las mujeres tienden a sentirse menos satisfechas con su imagen corporal y tienden más a la depresión y desórdenes cognitivos que los varones. Desde el punto de vista neurobiológico, existe la hipótesis de que las hormonas pueden causar una remodelación neuronal, lo que relacionaría a la mujer con la mayor frecuencia de trastornos cognitivos y emocionales, sin embargo, no se ha dilucidado por completo.(39,41,42)

En el estudio se evidencio que a mayor es el nivel de instrucción menor es la presencia de síntomas psicopatológicos, con excepción de los analfabetos en el que se presentó solo un 14.3% de síntomas psicopatológicos. El presente estudio coincide con el estudio realizado por Niemeyer H. et al. quien refiere que a menor nivel educativo existe un mayor riesgo de síntoma depresivos y de carga psicológica que pueda conllevar a alteraciones en la salud mental. Respecto al estado civil nuestro estudio demostró una ligera superioridad de presencia de síntomas psicopatológicos positivos en los casados e inferioridad en los solteros, convivientes y viudos a comparación de Grundström J. et al en donde los solteros, los divorciados y los viudos experimentaron un bienestar mental más pobre y los casados presentan un mejor bienestar mental por la presencia de la pareja que puede ser más importante que la institución del matrimonio. Esta contrariedad puede deberse a la gran muestra del estudio de Niemeyer H. y Grundström J. a comparación de la presente investigación donde se usó una pequeña muestra.(13,14,43)

En la ocupación de los participantes presentaron síntomas psicopatológicos a la cabeza los jubilados (66%) seguidos por los independientes (57.1%), amas de casa (51.1%), estudiantes y desempleados (50% ambos) esto se contrarrestó con el estudio realizado por Zamorano B. donde se evidencia que después de los desempleados, las amas de casa presentan los índices globales de gravedad más altos, lo que indica una tendencia a la mala salud mental. En nuestro estudio las amas de casa formaron gran parte de los cuales el 53.5% presentaron síntomas psicopatológicos de las que presentaban al menos una enfermedad crónica esto puede deberse por síntomas de inferioridad debido que hoy en día ser ama de casa no es considerada como un empleo.(44)

Teniendo en cuenta la poca información o la antigüedad de los antecedentes tanto nacionales e internaciones sobre el estudio realizado nos limita a

contrarrestar o comparar información con el presente estudio donde se obtuvo que de los pacientes encuestados, 44 personas (55 %) presentaron enfermedad crónica de la cuales 26(59.1%) presento síntomas psicopatológicas.(45)

Respecto al antecedente de alteración de salud mental dentro de la familia, 12 presentaban antecedentes, de los cuales el 50% presento síntomas psicopatológicos (4 presentaron como antecedente familiar ansiedad, 1 depresión y 1 esquizofrenia) esto se explicaría por la influencia genética en los trastornos de salud mental, con un aumento de riesgo marcado que quedó evidenciado en nuestro estudio donde se demostró la asociación. (46)

Entre la sintomatología psicopatológica estudiada, se encontró mayor frecuencia en el caso de fobias con 31 casos, seguido de somatización con 26 casos y del índice de malestar sintomático positivo. Por lo que se rescata la importancia de no sólo estudiar ansiedad y depresión en la población con enfermedad crónica no transmisible, sino también hacer frente a otro tipo de trastornos de salud mental. Así lo demuestra el estudio de Babu et al donde se encuentra que los pacientes con hipertensión arterial, enfermedad cardíaca y artritis tienen mayor riesgo de desarrollo de somatización con un OR de 1,74; 2,31 y 2,45 respectivamente. La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente con 19 pacientes de los cuales también se encontró mayor frecuencia de fobias y somatizaciones como síntomas psicopatológicos. (47)

Por otro lado, las fobias se relacionan con la ansiedad, debido a que está incluida en ella, lo que explica que en nuestro estudio se muestren similares porcentajes entre ambos síntomas, bajo este concepto, Farvid et al señala en su estudio que existe una asociación positiva entre diabetes y ansiedad fóbica sin embargo en el análisis multivariante esta correlación pierde fuerza, lo mismo que señala Popkin en su estudio donde evidencia que la fobia depende del género de los pacientes. En el estudio realizado por Dogan B. et al en el cual se realizó un estudio de caso y control se mostró que la presencia de diabetes era un factor de riesgo para desarrollar algún síntoma psiquiátrico, debido a los cambios en el estilo de vida, la cronicidad y las complicaciones. (48–50)

En el presente estudio no se encontró asociación con otras enfermedades crónicas tales como gastropatías o reumatológicas, lo que contraria a estudios anteriores: Xiong NN et al estudió a dos grupos de pacientes en gastroenterología: los de ulcera péptica y esofagitis y los de trastornos gastrointestinales funcionales, y encontró una mayor correlación con depresión y ansiedad en pacientes que presentaban mayor cantidad de síntomas. Esta contrariedad sería porque en nuestro estudio solo 1 paciente presento gastropatía por lo que no sería muy significativa este hallazgo. (51)

Smesan et al en su estudio en Iraq sobre artritis reumatoide demostró a partir de una secuencia de scores psiquiátricos y de biomarcadores que la depresión y ansiedad son parte de la expresión de esta enfermedad reumatológica, ello

debido a la mediación de los mecanismos de inflamación y la activación del sistema endógeno opioide. (52)

La enfermedad crónica que demostró presencia en todos los síntomas estudiados fue la hipertensión arterial, seguido de la dislipidemia, obesidad y diabetes tipo 2. Mientras que en análisis multivariante se demostró que el glaucoma, la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial e hipotiroidismo presentan mayor probabilidad de prevalencia de sintomatología psicopatológica positiva, igualmente las complicaciones de la enfermedad crónica tienen un RP de 1.33 con la psicopatología positiva. Según el tiempo de la enfermedad los que presentaron mayor frecuencia de síntomas fueron los que tenían más de 10 años con un RP de 1.16 esto podría deberse a la acentuación de las manifestaciones clínicas o a la presencia de complicaciones. La presencia de síntomas psicopatológicos en el contexto de una enfermedad crónica se debe a muchos factores, Ingram et al plantea un modelo de psicopatología interna y externa a la enfermedad, demuestra en su estudio que los pacientes con enfermedades crónicas presentan angustia y miedo, relacionado con la baja aceptación de la enfermedad y la alta frecuencia de una mala percepción de calidad de vida a largo plazo. Lo que respalda la asociación entre el riesgo psicopatológico y la enfermedad crónica encontrado en este estudio.(53)

## **V. CONCLUSIONES**

1. Existe asociación entre el perfil psicopatológico y enfermedad crónica en pacientes de consulta externa del Centro de Salud I-1 CP3 San Martín – Piura, con mayor énfasis en la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, hipotiroidismo y glaucoma.
2. En el estudio se evidencia que a mayor edad la población que padece de una enfermedad crónica tiene un mayor riesgo de presentar sintomatología psicopatológica positiva y los que presentaron mayor nivel de instrucción tienen menos riesgo de presentar sintomatología psicopatológica.
3. Se evidencia que no sólo la depresión y ansiedad se relacionan con las enfermedades crónicas, sino también otro tipo de síntomas psicopatológicos de importancia como fobias y somatizaciones que pueden ser parte de la limitación del paciente en su calidad de vida.
4. Los pacientes que presentaban complicaciones de la enfermedad que padecían tienen más riesgo de tener sintomatología psicopatológica positiva.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Promover el manejo de los pacientes de forma integral, tanto el aspecto físico, mental y social para evitar o disminuir la presencia de síntomas psicopatológicos en aquellos que presenten enfermedades tanto crónicas como agudas que pueden llegar a afectar su desenvolvimiento en el trabajo y hogar

- Fomentar actividades de integración que incluyan deportes para mejorar el estado de salud física y bienestar mental en los pacientes.
- Identificar de manera preventiva las situaciones que puedan desencadenar un síntoma psicopatológico para un adecuado manejo, esto puede realizarse con la aplicación de encuestas o consultas con el servicio de psicología.

## **VII. Referencias bibliográficas**

1. Soca M, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Revista Finlay. septiembre de 2017;7(3):155-67.
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: OPS/OMS Colombia - Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 28 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1261:enfermedades-no-transmisibles-en-las-americas-construyamos-un-futuro-mas-saludable&Itemid=487](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1261:enfermedades-no-transmisibles-en-las-americas-construyamos-un-futuro-mas-saludable&Itemid=487)
3. Enfermedades crónicas [Internet]. Observatorio Venezolano de la salud. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/enfermedades-cronicas/>
4. Arokiasamy P, Uttamacharya null, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E, et al. Chronic Noncommunicable Diseases in 6 Low- and Middle-Income Countries: Findings From Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). Am J Epidemiol. 15 de 2017;185(6):414-28.
5. WHO | Preventing chronic diseases: a vital investment [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de octubre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/)
6. Alvarez P, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Perú según las nuevas recomendaciones de la guía AHA 2017: análisis secundario de Endes 2016. Salud Pública de México. abril de 2019;61(2):98-9.
7. Carrillo R, Bernabé A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 13 de mayo de 2019;36:26-36.
8. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaeed WY, AlKhathami MA, Al-Dhafeeri AH. Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. Could patients' perception of their diseases control be used as a screening tool? Saudi Med J. junio de 2017;38(6):621-8.

9. Sernaque S, Isabel M. Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de San Martín de la ciudad de Piura, en el período de mayo a setiembre del 2017. Universidad San Pedro [Internet]. 28 de diciembre de 2018 [citado 30 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe//handle/USANPEDRO/7860>
10. Psicopatología: tipos de trastornos psicopatológicos | Blog UE [Internet]. Universidad Europea. 2023 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-psicopatologia/>
11. Tema 6 - buen tema - Apuntes de Psicología en atención visual Marta Lupón, Aurora Torrents, Lluïsa - Studocu [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-cesar-vallejo/psicopatologia/tema-6-buen-tema/10036506>
12. Antunes A, Frasilho D, Azeredo-Lopes S, Neto D, Silva M, Cardoso G, et al. Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*. marzo de 2018;49:56-61.
13. Grundström J, Konttinen H, Berg N, Kiviruusu O. Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM - Population Health*. 1 de junio de 2021;14:100774.
14. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos IG, Georgiadi E, Karakostas C, et al. Association Between Characteristics of Hospitalized Heart Failure Patients With Their Needs. *Global Journal of Health Science*. 21 de octubre de 2015;8(6):p95.
15. Martínez NT, Gómez-Restrepo C, Ramírez S, Rodríguez MN. [Prevalence of Mood and Anxiety Disorders on People with Chronic Conditions. Results from the National Mental Health Survey in Colombia 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr*. diciembre de 2016;45 Suppl 1:141-6.
16. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. enero de 2018;47:1-5.
17. Amiri S, Behnezhad S. Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*. 2 de abril de 2019;0091217419837407.
18. Bădescu SV, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zahiu DM, Zăgrean AM, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life*. junio de 2016;9(2):120-5.
19. Sánchez-Sierra LE, Gómez-Medina O, Hernández M, Díaz-Arrazola N, Mejía-Escobar CK, Pastrana MA, et al. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*. 30 de junio de 2020;6(2):42-52.

20. May KM, Hernández MV, Orama PJ, Hernández VG, Moreno MG. Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta”. ESJ [Internet]. 28 de febrero de 2019 [citado 30 de octubre de 2020];15(6). Disponible en: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/11831/11276>
21. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Quality of life related to health chronic kidney disease: Predictive importance of mood and somatic symptoms. *Nefrologia*. junio de 2016;36(3):275-82.
22. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Ortega M, Pifarré J, Barbé F. [Comorbidity in mental health in patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease]. *Semergen*. febrero de 2020;46(1):53-9.
23. Sharma A, Kudesia P, Shi Q, Gandhi R. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open Access Rheumatol*. 31 de octubre de 2016;8:103-13.
24. Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. enero de 2014;31(1):131-6.
25. Villarreal-Zegarra D, Bernabe-Ortiz A. Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2020;12(2):e12385.
26. Roberts T, Miguel Esponda G, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 22 de agosto de 2018;18(1):262.
27. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Quality of life related to health chronic kidney disease: Predictive importance of mood and somatic symptoms. *Nefrologia*. 2016;36(3):275-82.
28. Chimal AM, Peña GMG, Nava PB. Factores psicosociales asociados a enfermedades crónico-degenerativas. Ediciones Octaedro; 2015. 130 p.
29. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Incluye versión digital) de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana [Internet]. [citado 29 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
30. Muñoz CL, de Santillana IE, Fócil M, Cavazos J. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA SCL-90 EN LA EVALUACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EN MUJERES. *Salud Mental*. 2005;28(3):9.

31. Gempp Fuentealba R, Avendaño Bravo C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*. julio de 2008;26(1):39-58.
32. Londoño NH, Agudelo DM, Martínez E, Anguila D, Aguirre DC, Arias JF. Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*. 30 de noviembre de 2018;21(2):45-59.
33. Atanacio\_PRV-SD.pdf [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60692/Atanacio\\_PRV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60692/Atanacio_PRV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Casullo MM. EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. :8.
35. LEY N° 26842 – LEY GENERAL DE SALUD. :27.
36. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 29 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
37. Cabanillas DPO, Cabrera DAP. COMISIÓN DE ALTO NIVEL DE ASESORÍA TÉCNICA Qué elaboró el Proyecto de modificación del Código de Ética y Deontología. :17.
38. Cabanillas PO. Acerca del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: Fundamentos teóricos.
39. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 3 de junio de 2016;33(2):342.
40. Alfonso Silguero SA, Martínez-Reig M, Gómez Arnedo L, Juncos Martínez G, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. 2014;49(2):51-8.
41. Barrientos RM, Brunton PJ, Lenz KM, Pyter L, Spencer SJ. Neuroimmunology of the female brain across the lifespan: Plasticity to psychopathology. *Brain Behav Immun*. julio de 2019;79:39-55.
42. Universidad Autónoma del Estado de México, México, Ruiz Martínez AO, González-Arratia López Fuentes NI, Universidad Autónoma del Estado de México, México, González-Escobar S, Universidad Autónoma del Estado de México, México, et al. Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit*. 30 de junio de 2018;24(1):97-113.

43. Niemeyer H, Bieda A, Michalak J, Schneider S, Margraf J. Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health*. 1 de abril de 2019;7:100392.
44. Zamorano González B, Peña Cárdenas F, Pinto-Cortez C, Narváez YV, Martínez JIV, Ramos LR. Unemployment and mental health in a community population from a border city in Mexico. *Work*. 69(3):957-67.
45. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med*. febrero de 2000;172(2):124-8.
46. Mis genes: ¿Qué me pueden decir sobre mi salud mental? [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/mis-genes-que-me-pueden-decir-sobre-mi-salud-mental>
47. Babu AR, Sreedevi A, John A, Krishnapillai V. Prevalence and Determinants of Somatization and Anxiety among Adult Women in an Urban Population in Kerala. *Indian J Community Med*. octubre de 2019;44(Suppl 1):S66-9.
48. Farvid MS, Qi L, Hu FB, Kawachi I, Okereke OI, Kubzansky LD, et al. Phobic anxiety symptom scores and incidence of type 2 diabetes in US men and women. *Brain Behav Immun*. febrero de 2014;36:176-82.
49. Popkin MK, Callies AL, Lentz RD, Colon EA, Sutherland DE. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 1988;45(1):64-8.
50. Dogan B, Oner C, Akalin AA, Ilhan B, Caklili OT, Oguz A. Psychiatric symptom rate of patients with Diabetes Mellitus: A case control study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 1 de marzo de 2019;13(2):1059-63.
51. Xiong N na, Wei J, Ke M yun, Hong X, Li T, Zhu L ming, et al. Illness Perception of Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Front Psychiatry*. 12 de abril de 2018;9:122.
52. Smesam HN, Qazmooz HA, Khayoon SQ, Almulla AF, Al-Hakeim HK, Maes M. Pathway Phenotypes Underpinning Depression, Anxiety, and Chronic Fatigue Symptoms Due to Acute Rheumatoid Arthritis: A Precision Nomothetic Psychiatry Analysis. *J Pers Med*. 16 de marzo de 2022;12(3):476.
53. Ingram SH, South SC. Dimensional latent factor structure of psychopathology in adults with chronic illness. *Psychol Assess*. diciembre de 2020;32(12):1145-57.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “ASOCIACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE SALUD DE PIURA”

##### **Autorización para participar en el trabajo de investigación:**

Yo,....., con DNI N° ....., con pleno conocimiento acerca del tipo de investigación y habiendo leído la hoja de información que se me ha entregado acerca de los objetivos, método, beneficios, así como posteriormente ser informado de los resultados y comprendiendo que mi participación es libre y voluntaria presto libremente mi conformidad para participar en la investigación, respondiendo el cuestionario.

Piura ..... del 202...

-----  
Firma del paciente

## ANEXO 2

Cuestionario EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

### SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero                       Divorciado                       Viudo/a  
 Casado                       Separado                       En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

- 7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
- 8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
- 9. Tener dificultad para memorizar cosas.
- 10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
- 11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
- 12. Dolores en el pecho.
- 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
- 14. Sentirme con muy pocas energías.
- 15. Pensar en quitarme la vida.
- 16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
- 17. Temblores en mi cuerpo.
- 18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
- 19. No tener ganas de comer.
- 20. Llorar por cualquier cosa.
- 21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
- 22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
- 23. Asustarme de repente sin razón alguna.
- 24. Explotar y no poder controlarme.
- 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
- 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
- 27. Dolores en la espalda.
- 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
- 29. Sentirme solo/a.
- 30. Sentirme triste.
- 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
- 32. No tener interés por nada.
- 33. Tener miedos.
- 34. Sentirme herido en mis sentimientos.
- 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
- 36. Sentir que no me comprenden.
- 37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
- 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
- 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho



72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

## Evaluación e interpretación del inventario

- 1) Para cada una de las respuestas a los ítems, se asignarán los siguientes valores:

**Nada: 0    Muy poco: 1    Poco: 2    Bastante: 3    Mucho: 4**

Con esos cinco números se completará en la *hoja para el cálculo de los puntajes* el valor que le corresponde a cada respuesta. Por ejemplo, si al ítem nro. 1 el examinado marcó una cruz en la columna encabezada con la opción " poco" , donde dice en la hoja de cálculo donde dice 1..... se deberá completar con el número dos: 1..2. De la misma forma se procede con las 90 respuestas.

- 2) Cada una de las nueve dimensiones primarias tiene sus ítems en un mismo renglón de la hoja para el cálculo de puntajes. Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribirá en donde dice "total". Luego se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en "Nº resp.". Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número "total" por el de "Nº resp.". Dicho valor se escribirá en "promedio".

Ejemplo:

**SOMATIZACIONES (SOM):**

1.2 4.1 12.0 27.2 40.1 42.2 48.3 49.1 52.0 53.1 58.2 58.2 ➔

Total	<b>17</b>	<b>1,41</b>
Nº resp.	<b>12</b>	

- 3) Los ítems adicionales no conforman una dimensión, pero a fin de luego poder calcular el índice de severidad global, se realizará la sumatoria como se vino haciendo para obtener el total, sin hacer el promedio.
- 4) Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas "total" de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.
- 5) El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado.
- 6) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero , vale decir por TSP.
- 7) Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura. Dichos puntajes se volcarán en el cuadro correspondiente de la hoja de cálculos:

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

- 8) Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.
- 9) Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres (adolescentes), pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario malestar exagerado o dramatización.
- 10) Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en adultos sugiere dramatismo. Mayores a 3,50 extremo dramatismo.

**Hoja para el cálculo de los puntajes**

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas, usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

**1) SOMATIZACIONES (12 ítems)**

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49.... 52.... 53.... 56.... 58.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**SOM**

**2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)**

3.... 9.... 10.... 28.... 38.... 45.... 46.... 51.... 55.... 65.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**OBS**

**3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)**

6.... 21.... 34.... 36.... 37.... 41.... 61.... 69.... 73.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**SI**

**4) DEPRESIÓN (13 ítems)**

5.... 14.... 15.... 20.... 22.... 26.... 29.... 30.... 31.... 32.... 54.... 71.... 79.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**DEP**

**5) ANSIEDAD (10 ítems)**

2.... 17.... 23.... 33.... 39.... 57.... 72.... 78.... 80.... 86.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**ANS**

**6) HOSTILIDAD (6 ítems)**

11.... 24.... 63.... 67.... 74.... 81.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**HOS**

**7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)**

13.... 25.... 47.... 50.... 70.... 75.... 82.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**FOB**

**8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)**

8.... 18.... 43.... 68.... 76.... 83.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**PAR**

**9) PSICOTICISMO (10 ítems)**

7.... 16.... 35.... 62.... 77.... 84.... 85.... 87.... 88.... 90.... → 

Total		promedio
Nº ítem.		

**PSIC**

**ITEMES ADICIONALES (7 ítems)**

19.... 44.... 59.... 60.... 64.... 66.... 89.... → 

Total		
Nº ítem.		

**INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL** → 

I "total"	Nº respuestas contestadas	
/		

**IGS**

**TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS** → 

--

**TSP**

**INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO** → 

I "total"	SP	
/		

**IMSP**

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

<b>FEMENINO adultos</b>													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	1,83	2,10	1,67	2,00	1,80	1,67	1,14	2,00	1,10	1,62	62,00	2,53	63
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo - Pérez (2008)

<b>MASCULINO adultos</b>													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	1,25	1,90	1,56	1,62	1,60	1,67	0,86	1,83	1,20	1,32	57,00	2,40	63
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo - Pérez (2008)