



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2019-2020

Trabajo Fin de Máster

**Trastorno hipocondríaco y de somatización en pacientes con
enfermedad funcional digestiva. Diferencias de género y calidad de
vida.**

Autor/a: Natalia Canales Marco

Tutor/a: Purificación Bernabeu Juan

Co-tutor: Carlos Van-der Hofstadt Román

Convocatoria: Enero 2020

RESUMEN

Introducción

Se estima que entre un 10-20% de la población general sufre síntomas compatibles con Enfermedades funcionales digestivas. Estos trastornos implican repercusiones físicas, emocionales, sociales y económicas que suponen un impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo

El objetivo de este estudio es analizar los trastornos hipocondriacos y de somatización en pacientes de Enfermedad funcional digestiva, y comparar entre pacientes de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva, así como describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas, comprobar el nivel de calidad de vida y examinar posibles diferencias de género.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo compuesta por 38 pacientes, 18 pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) y 20 pacientes diagnosticados de enfermedad crónica distinta de EFD del Hospital General Universitario de Alicante. Los participantes fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada y las siguientes escalas: Índice de Whiteley de Hipocondriasis, Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS), COPE-28 (Brief COPE), Cuestionario de Salud SF-12 y la adhesión mediante el test de Morisky Green.

Resultados y conclusiones:

Los resultados muestran diferencias significativas en el componente físico de calidad de vida y Uso de Sustancias y Apoyo emocional en estrategias de afrontamiento. No se hallaron diferencias significativas en las variables psicológicas de hipocondría y

somatización, así como tampoco se encontraron diferencias significativas debidas al género en las variables estudiadas.

Palabras clave: Enfermedad funcional digestiva, trastornos hipocondriacos, trastornos de somatización, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, diferencias de género.

ABSTRACT

Introduction

It is estimated that between 10-20% of the general population suffers symptoms compatible with digestive functional diseases. These disorders involve physical, emotional, social and economic repercussions that have an impact on the quality of life of patients.

Objective

The objective of this study is to analyze hypochondriac and somatization disorders in patients with functional digestive disease and to compare between patients with chronic illness other than functional digestive disease, as well as describe and compare the most commonly used coping strategies, check the quality of life and to examine possible gender differences.

Methodology

A descriptive, observational and cross-sectional study has been carried out. The sample consisted of 38 patients, 18 patients diagnosed with functional digestive disease (EFD) and 20 patients diagnosed with chronic disease other than EFD from the Hospital General Universitario de Alicante. Participants were evaluated through a semi-structured interview and the following scales: Whiteley Hypochondriasis Index, Somatosensory Amplification Scale (SSAS), COPE-28 (Brief COPE), SF-12 Health Questionnaire and adherence through the Morisky Green test.

Results and Conclusions

The results show significant differences in the physical component of quality of life and substance use and emotional support in coping strategies. No significant differences were found in the psychological variables of hypochondria and somatization, nor were significant differences due to gender found in the investigated variables.

Key words: Functional bowel disorder, hypochondria, somatization disorder, quality of life, coping strategies, gender differences.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos funcionales digestivos, de acuerdo al comité de Roma IV, son aquellos trastornos que cursan con una serie de signos y síntomas tales como dolor abdominal, hinchazón, distensión y/o alteración del hábito intestinal (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos) (Sebastián, 2017). Dichas manifestaciones clínicas aparecen, generalmente, de forma crónica y/o recurrente y no se explican por la presencia de alteraciones estructurales o bioquímicas (Mearín, 2011). Entre los trastornos funcionales digestivos más frecuentes se encuentra el Síndrome de Intestino Irritable (SII) y la Dispepsia Funcional.

El SII se caracteriza por la presencia de hinchazón, dolor abdominal recurrente, asociado con la defecación o con un cambio del hábito intestinal, ya sea con episodios de diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos. La prevalencia de SII oscila entre el 5-15% dependiendo de los criterios empleados para el diagnóstico (Mearín y Montoro, 2012).

Por otra parte, los criterios de Roma IV (Sebastián, 2017) definen la Dispepsia Funcional como la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana y dolor o quemazón epigástricos. Entre un 10-20% de la población general presenta síntomas compatibles con la dispepsia funcional (González-Rato, Fernández-Rodríguez y García-Vera, 1998). En ambos trastornos los síntomas deben ocurrir al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar presentes durante los últimos 3 meses.

La incidencia de estos trastornos es mayor en las mujeres en una relación de 2.3/1 (González-Rato, Fernández-Rodríguez, García-Vega, 1998). Sin embargo hay pocos

estudios que diferencien manifestación de síntomas o dimensión emocional de estos síndromes entre hombres y mujeres.

Los trastornos funcionales digestivos implican un impacto importante en la calidad de vida de las personas (Glia y Lindberg, 1997; Talley, Weaver y Zinsmeister, 1995; Danquechim et al., 1994). Puede decirse que este trastorno afecta a todos los ámbitos cotidianos: laboral, social, sexual, actividades domésticas, ocio, etc. (Corney y Stanton, 1990). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes está notablemente alterada debido a importantes repercusiones físicas, emocionales, sociales y económicas como reflejan las revisiones sistemáticas (El-Serag, Olden & Bjorkman 2002). Además distintos estudios coinciden al señalar que la calidad de vida de los sujetos con trastornos funcionales gastrointestinales es peor que en los pacientes con enfermedad orgánica (Drossman, Li, Leserman, Toomey y Hu, 1996). Varios estudios indican que existen diferencias de género en la calidad de vida (Tang, Yang, Wang y Li, 2012) señalando una peor calidad de vida en las mujeres (Simrén et ál., 2001; Faresjo et ál., 2007; Zhu et ál., 2015).

En esta patología el papel de los factores psicológicos es materia de debate debido a la alta prevalencia de problemas emocionales, en estos pacientes, y a la afectación de la calidad de vida (Solmaz, Kavuk & Sayar , 2003). A menudo, los pacientes que sufren trastornos funcionales digestivos suelen presentar alteraciones psicológicas tales como depresión, ansiedad, estrés y neuroticismo (Crowell y Whitehead, 1991; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003; Mearín y Montoro, 2012). Se ha demostrado que los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable sufren con mayor frecuencia diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo síndromes de ansiedad generalizada, pánico, neuroticismo, alteraciones del estado de ánimo y diversos trastornos somatomorfos (Mearín, 2011).

Sin embargo, existe poca literatura que relacione trastornos funcionales digestivos con síndromes psiquiátricos más específicos como el trastorno por somatización (North et al., 2004; Poulsen et al., 2017) o el trastorno por miedo a enfermarse o hipocondría (Rodríguez et al., 2015; Vinaccia, Quiceno y Medinas, 2016). Del mismo modo, tampoco hay estudios que evidencien si de existir esta relación entre hipocondría, síntomas somáticos y Enfermedad Funcional Digestiva, a su vez existieran diferencias de género en estas manifestaciones. Es posible que este tipo de trastornos pudieran estar modulando la Enfermedad Funcional Digestiva, influyendo sobre la gravedad de la misma o su afectación sobre la calidad de vida.

Cuando estudiamos una enfermedad crónica sabemos que el estrés es un factor determinante, tanto en el curso como en la percepción que tiene el paciente sobre ella. Es por ello que identificar el estilo de afrontamiento que tiene el paciente frente al estrés y la propia enfermedad, sea un aspecto a tener en cuenta. Investigaciones centradas en enfermedad crónica señalan el papel fundamental que juega el estilo de afrontamiento en la calidad de vida. Asimismo, otros estudios realizados previamente sugieren que un estilo de afrontamiento positivo está asociado a un mejor funcionamiento físico y psicológico (Stanculete, Matu, Pojoga y Dumitrascu, 2015). Por el contrario, un estilo de afrontamiento pasivo parece tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. (Chan et ál., 2005; Verhoof et ál, 2014).

En pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva se ha demostrado que suelen presentar un mayor número de comportamientos de enfermedad (Dindo y Lackner, 2017); La guía de manejo de los trastornos funcionales digestivos en Atención Primaria señala la actitud hipervigilante que suelen mantener estos pacientes ante los

síntomas digestivos, percibiendo estos como más graves o realizando más consultas sobre los mismos.

Torkzadeh et al. (2017) afirman que pacientes con enfermedad funcional digestiva utilizan con más frecuencia estrategias pasivas de afrontamiento, siendo la evitación una de las más recurrentes, lo que se asocia a un incremento del estrés psicológico y una disminución de la calidad de vida.

Cuando este tipo de afrontamiento, generalmente desadaptativo, se prolonga en el tiempo, no es extraño que pueda provocar en el paciente un manejo inadecuado del estrés y, en consecuencia, derive a largo plazo en el desarrollo de trastornos psicológicos como la ansiedad. (Chan et al., 2005).

Por todo ello, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre los trastornos hipocondriacos y de somatización en pacientes de Enfermedad funcional digestiva (EFD) y comparar entre pacientes de enfermedad crónica distinta de EFD, así como describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas, comprobar el nivel de calidad y ver si existen diferencias de género en estas manifestaciones.

Hipótesis

1. Los pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) sufren más trastornos hipocondriacos y de somatización que los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica distinta de EFD.

2. Los pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) tienen peor calidad de vida que los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica distinta de EFD.
3. Los pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) utilizan más estrategias de afrontamiento desadaptativas.
4. Existen diferencias de género en los pacientes con diagnóstico de EFD en relación a los trastornos hipocondriacos y de somatización.
5. Existen diferencias de género en los pacientes con diagnóstico de EFD en relación a la calidad de vida.

Objetivos

1. Analizar y comparar la relación entre los trastornos hipocondriacos y de somatización en pacientes de Enfermedad funcional digestiva (EFD) y pacientes de enfermedad crónica distinta de EFD.
2. Comprobar si la calidad de vida es peor en pacientes diagnosticados de enfermedad funcional digestiva (EFD) que en pacientes diagnosticados de Enfermedad crónica distinta.
3. Describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas entre pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva y pacientes diagnosticados de enfermedad crónica distinta de EFD.
4. Comprobar si existen diferencias de género en los pacientes diagnosticados de Enfermedad Funcional Digestiva en relación a los trastornos hipocondríacos y de somatización.

5. Comprobar si existen diferencias de género en los pacientes diagnosticados de Enfermedad Funcional Digestiva en relación a la calidad de vida.

METODOLOGIA

El presente estudio es un diseño descriptivo, observacional y transversal con un grupo de estudio y grupo control.

Participantes

La muestra observada se compone de 38 pacientes. El grupo de Enfermedad funcional digestiva (EFD) está formado por 18 pacientes diagnosticados de SII o Dispepsia funcional, (según los criterios Roma IV de diagnóstico de Enfermedad funcional digestiva) en el servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Alicante y derivados por los especialistas que los diagnostican y tratan.

El grupo de enfermedad crónica distinta (EC) está formado por 20 pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica orgánica, distinta de Enfermedad Funcional Digestiva, asistentes al programa “Control del estrés en enfermedad crónica” del Hospital General Universitario de Alicante.

Los criterios de exclusión en el estudio fueron: 1) pacientes menores de 18 años 2) pacientes diagnosticados de enfermedades médicas graves o en fase aguda, 3) pacientes con problemas de salud mental grave y 4) pacientes sin autonomía para cumplimentar los cuestionarios.

Instrumentos

Para la recopilación de datos se utilizó una entrevista semiestructurada que recogía la siguiente información:

1. Características sociodemográficas de los pacientes como edad, sexo, estado civil, estudios, profesión y situación laboral actual. Diseño ad hoc para el estudio.

2. Test de Morisky-Green para medir adhesión al tratamiento (Morisky, Green y Levine, 1986). Fue validado en su versión española por Val Jiménez et ál. (1992). Consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no con el objetivo de una correcta adherencia terapéutica. Se considera mayor adherencia al tratamiento si el paciente responde Sí a las cuatro preguntas.

3. Índice de Whiteley para medir hipocondría (Pilowski y Spence, 1976). Subescala del Illnes Behavior Questionnaire. Se ha utilizado la versión en español de Avia (1993). Es un test sencillo y de fácil administración que ha demostrado su capacidad para identificar personas con actitudes hipocondríacas. Consta de 14 ítems de doble alternativa (si/no). Rango de 0-14. Se considera sospecha de trastorno hipocondriaco puntuaciones superiores a 8.

4. Escala de Amplificación Somatosensorial para evaluación de síntomas somáticos (Barsky, Wysshak y Klerman, 1990). Se utilizó la versión española adaptada por (Martínez et al., 1999). Consta de 10 ítems que incluyen sensaciones corporales benignas molestas, pero no constituyen síntomas típicos de enfermedad. Cada ítem se puntúa siguiendo una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1 (nada) y 5

(totalmente). Rango 10-50 puntos. El punto de corte para sospechar de somatización se encuentra en valores iguales o superiores a 21.

5. El Cuestionario COPE de afrontamiento de 28 ítems (Carver, Scheier & Weintraub 1989). Se empleó la adaptación española (Crespo y Cruzado, 1997). Es un cuestionario de 28 ítems que se responde con una escala tipo Likert que va de 0 a 3, en la que 0 es “no, en absoluto” y 3 es “mucho”, con puntuaciones intermedias 1 “un poco” y 2 “bastante”. Los 28 ítems se agrupan de 2 en 2 dando como resultado 14 modos de afrontamiento. (Afrontamiento activo, Planificación, Apoyo social emocional, Apoyo social instrumental, Religión, Reinterpretación positiva, Aceptación, Negación, Humor, Autodistracción, Autoniculpación, Desconexión conductual y Desahogo emocional). Se considera que a más puntuación, más uso de la estrategia.

6. Cuestionario Short Form (SF) 12, sobre el Estado de Salud (Ware, Kosinski, Turner-Bowker & Gandek, 2002). Se ha utilizado la versión adaptada al castellano (Alonso et al., 1998). Consta de 12 preguntas procedentes de la escala SF 36 que evalúan frecuencia o intensidad según el ítem. La escala de respuesta es tipo Likert y varía entre dos o seis opciones de respuesta, según el ítem. Con la versión reducida podemos obtener una puntuación para calidad de vida física y otra para calidad de vida mental, además de las 8 dimensiones del SF-36. Para cada una de ellas, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un rango de 0 (peor estado de salud), hasta 100 (el mejor estado de salud).

Variables

Variables sociodemográficas y clínicas

Sexo, diagnóstico de enfermedad crónica, edad, estado civil, nivel académico, tabaquismo, profesión y situación laboral.

Variables psicológicas

Para valorar los síntomas de hipocondría se utilizó el índice de Whiteley; para valorar los síntomas de somatización se empleó la escala de Amplificación somatosensorial. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas se valoraron con el COPE-28. Por último, para valorar la calidad de vida percibida por el paciente, se utilizó el cuestionario de salud SF12.

Procedimiento

La captación de la muestra para el Grupo de Enfermedad funcional digestiva (EFD) se realizó citando por teléfono a los pacientes derivados por especialistas del HGUA, diagnosticados previamente de enfermedad funcional digestiva (EFD), para que acudieran a la Unidad de Psicología del HGUA. Allí se les explicó el procedimiento, objetivo del estudio y la duración del mismo (25-30 min).

La muestra de enfermedad crónica distinta (EC) de enfermedad funcional digestiva se obtuvo del taller “Control del estrés en la enfermedad crónica,” realizado mensualmente en el HGUA, indicado para pacientes diagnosticados de enfermedad crónica.

La entrega y pase de cuestionarios se realizó al inicio de la tercera sesión. En la misma se les explicó a los sujetos el motivo del estudio y se les invitó a participar. Por último se les explicó las instrucciones de los cuestionarios. La realización de los mismos osciló entre 25 y 30 minutos. Cabe añadir que este procedimiento no afectó al grupo del manejo del estrés ya que se realizó en la sesión más breve del programa.

A los dos grupos se les informó de que su participación sería anónima y se les entregó un documento de confidencialidad de datos.

El estudio se aprobó por el Comité de Ética de la investigación con medicamentos CEIm (nº informe: 190275 --- PI2019-056), del Departamento de salud Alicante-Hospital General, asegurando así que respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki. Previo a la recolección de datos, todos los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado verbal y por escrito. Se garantizó la confidencialidad de la información clínica y personal referente a los participantes en la investigación. La información ha sido codificada para el desarrollo de las actividades objeto de la investigación y para su almacenamiento, garantizando en todo momento el anonimato de quienes participen. Todo tratamiento de la información se realizará de conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal, las demás normas que la desarrollen y la normativa específica de investigación aplicable al supuesto concreto y se respetará lo establecido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Análisis de datos

Para analizar los datos recogidos se elaboró una base de datos con el software estadístico SPSS statistics v21. Se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) del total de pacientes estudiados y por separado para enfermedad funcional digestiva y enfermedad crónica distinta de EFD de las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas.

Se empleó T de Student para analizar las diferencias existentes en las medidas cuantitativas en función del grupo y Chi cuadrado para analizar la existencia de diferencias en la distribución de las variables cualitativas. Para todos los análisis se estableció un nivel de significación de $p < 0.05$.

Resultados

La muestra estudiada está compuesta por 38 participantes, de los cuales 18 son pacientes diagnosticados de enfermedad funcional digestiva y 20 diagnosticados de enfermedad orgánica distinta de EFD. De los 38 pacientes, 24 (63,15%) son mujeres y 14 (36,84%) hombres. La edad media fue de 49,67 (DT=15,70). En cuanto a características demográficas (Tabla 1) observamos que hay una mayor proporción de muestra cuya situación laboral es activo, su estado civil es casado y su nivel de estudios es secundarios. En relación a hábitos de vida saludables, encontramos que el 82,1% no fuma. Asimismo, el 64,1% de la muestra indicó que hacía ejercicio físico, siendo “Caminar” la opción más elegida (el 48,7%). Además, el 41% de la muestra indicó que la calidad del sueño era buena.

Tabla 1*Frecuencia y porcentaje de las características demográficas de la muestra*

Variab les	n (%)	n (%)
Sexo		Fumador/a
Hombre	14 (36,84)	Sí 5 (12,8)
Mujer	24 (63,15)	No 32 (82,1)
Estado civil		Ejercicio físico
Soltero/a	7 (17,9)	Sí 25 (64,1)
Casado/a	29 (74,4)	No 11 (28,2)
Divorciado/a	2 (5,1)	“Caminar” 19 (48,7)
Viudo/a	0	>30min 23 (59,0)
Situación laboral		Calidad sueño
Estudiante	4 (10,3)	Buena 16 (41,0)
Activo/a	14 (35,9)	Mala 19 (48,7)
Desempleado/a	8 (20,5)	
Baja temporal	4 (10,3)	
Jubilado/a	8 (20,5)	
Estudios		
Sin estudios	2 (5,1)	
Primarios	7 (17,9)	
Secundarios	18 (46,2)	
Superiores	10 (25,6)	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las puntuaciones de los participantes en los diferentes instrumentos de medida, observamos que en el test de Morisky-Green (Tabla 2), que mide adherencia al tratamiento, los resultados han sido los siguientes:

Tabla 2*Puntuaciones obtenidas del test Morisky-Green*

Adhesión (Test Morisky-Green	Crónicos n (%)	Funcionales n (%)
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	Sí 5 25%	Sí 2 16%
	No 15 75%	No 16 89%
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí 20 100%	Sí 16 89%
	No 0	No 2 11%
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?	Sí 0	Sí 2 11%
	No 20 100%	No 16 89%
4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	Sí 4 20%	Sí 1 6%
	No 16 80%	No 17 94%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican, como se puede apreciar en la tabla 2, que ambos tienen buena adherencia al tratamiento, no encontrándose diferencias entre ellos.

Los resultados en cuanto al Objetivo 1: *Analizar y comparar los trastornos hipocondriacos y de somatización en pacientes de Enfermedad funcional digestiva y pacientes de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva.*

En relación al índice de Whiteley (Tabla 3) vemos que por un lado el grupo EFD ha obtenido una puntuación media de 5,22, lo que señalaría que no hay indicios de sintomatología hipocondriaca. El grupo EC, por otro lado, ha obtenido una puntuación de 5,90 que es levemente más alta que la puntuación del grupo EFD pero sin llegar tampoco a sobrepasar el punto de corte. Si miramos las puntuaciones individuales podemos observar que en el grupo EFD tres pacientes puntuaron por encima del punto de corte y ocho del grupo EC. En este caso no hay diferencias significativas.

Tabla 3*Puntuaciones medias obtenidas en el Índice de Whiteley.*

Whiteley	N	p.	Media	hipocondría	
				Sin <8	Con hipocondría >8
Crónicos	20	,548	5,9000	12	8
Funcionales	18		5,2222	15	3

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al test de Amplificación Somatosensorial podemos observar que la puntuación media para el grupo EFD ha sido de 24,33; puntuando 12 pacientes por encima del punto de corte. El grupo EC ha obtenido una puntuación media de 25,85; 14 de ellos sobrepasando el punto de corte. A pesar de que no se han hallado diferencias significativas, los resultados reflejan que en ambos grupos la mayoría de participantes ha sobrepasado el punto de corte, lo que indicaría una posible sospecha de somatización.

Tabla 4*Puntuaciones medias obtenidas en el test de Amplificación Somatosensorial.*

Somatización	N	p.	Media	Somatización	
				Sin somatización <21	Con somatización >21
Crónicos	20	,543	25,8500	6	14
Funcionales				6	12

Fuente: Elaboración propia

En relación al Objetivo 2 “Comprobar si la calidad de vida es peor en pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) que en pacientes diagnosticados de Enfermedad crónica distinta de EFD.”

En lo que respecta al cuestionario de calidad de vida SF12 observamos que las puntuaciones medias obtenidas (Tabla 6) sobre el rango 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), en el componente físico, han sido de 45,29 en el Grupo EFD y 37,67 en el grupo EC. Como podemos apreciar en la tabla, este resultado es significativamente estadístico.

Tabla 5

Puntuaciones medias obtenidas en el test SF-12.

SF-12		N	Media	Desviación típica	Error típ. de la media	p.
Componente física final CV	Crónicos	20	37,6758	10,05789	2,24901	
	Funcionales	18	45,2997	9,45305	2,22810	,021*
Componente Mental final CV	Crónicos	20	45,1363	14,56359	3,25652	
	Funcionales	18	44,4128	11,27884	2,65845	,864

CV = Calidad de vida

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al componente mental las puntuaciones medias han sido similares en ambos grupos; 44,41 ha sido la puntuación media del grupo EFD y 45,13 en el grupo EC. En este caso el resultado no es estadísticamente significativo.

Las puntuaciones obtenidas en los dos grupos, tanto en la dimensión física como en la mental, indican que la calidad de vida percibida por los pacientes de ambos grupos es media-baja con respecto al rango 0-100.

Si además, comparamos estas medias con la puntuación media de población general en su rango de edad (45-54), observamos que la calidad de vida física en el grupo EC se encuentra muy por debajo de la media (50,37). El grupo EFD, en este caso, vemos que también ha puntuado por debajo 5 puntos por debajo de la media poblacional.

En cuanto al componente mental, la media poblacional es de 50,44. En este caso las puntuaciones de ambos grupos se encuentran por debajo.

En relación al Objetivo 3 *“Describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas entre pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) y pacientes diagnosticados de enfermedad crónica distinta de EFD”*

Los datos recogidos con el cuestionario COPE 28 nos informan de las estrategias de afrontamiento que más utiliza la muestra. Si observamos la tabla 6 las estrategias que han obtenido diferencias significativas son Apoyo social emocional y Uso de sustancias. En ambos casos la puntuación media ha sido significativamente más alta en el grupo EFD.

En el resto de estrategias vemos, que a pesar de no haber obtenido puntuaciones que indiquen diferencias significativas, podemos describir qué grupo ha puntuado más en cada estrategia. Las puntuaciones obtenidas en Afrontamiento activo, Apoyo social instrumental, Humor, Autodistracción y Desahogo emocional son más altas en el Grupo EFD que en el Grupo EC. Mientras que Planificación, Religión, Reinterpretación

positiva, Aceptación, Desconexión conductual, Autoinculpación y Negación son las estrategias en las que la puntuación media del grupo EC ha sido más alta.

Tabla 6

Puntuaciones medias obtenidas en el test COPE-28

COPE-28		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p.
Afrontamiento	Crónicos	20	3,3500	1,66307	,37187	,139
Activo COPE						
	Funcionales	18	4,1111	1,40958	,33224	
Planificación COPE	Crónicos	20	3,5500	1,57196	,35150	,367
	Funcionales	18	3,0556	1,76476	,41596	
Apoyo Social	Crónicos	20	2,8000	1,64157	,36707	,032*
Emocional COPE						
	Funcionales	18	3,8889	1,36722	,32226	
Apoyo Social	Crónicos	20	2,7500	1,91600	,42843	,668
Instrumental COPE						
	Funcionales	18	3,0000	1,87867	,44281	
Religión COPE	Crónicos	20	1,1000	1,41049	,31539	,530
	Funcionales	18	,8333	1,15045	,27116	
Reinterpretación	Crónicos	20	3,5000	1,60591	,35909	,191
Positiva COPE						
	Funcionales	18	2,8333	1,46528	,34537	
Aceptación COPE	Crónicos	20	3,8000	1,50787	,33717	,612
	Funcionales	18	3,5556	1,42343	,33550	
Negación COPE	Crónicos	20	1,8000	1,96281	,43890	,184
	Funcionales	18	1,0000	1,64496	,38772	
Humor COPE	Crónicos	20	1,9000	1,91669	,42858	,557

	Funcionales	18	2,2222	1,35280	,31886	
Autodistracción	Crónicos	20	2,2000	1,36111	,30435	,139
COPE						
	Funcionales	18	3,0000	1,87867	,44281	
Desconexión	Crónicos	20	1,8000	1,67332	,37417	,422
conductual COPE						
	Funcionales	18	1,3889	1,41998	,33469	
Desahogo	Crónicos	20	3,1500	1,49649	,33462	,257
Emocional COPE						
	Funcionales	18	3,6667	1,23669	,29149	
Uso Sustancias	Crónicos	20	2,8000	1,64157	,36707	,032*
COPE						
	Funcionales	18	3,8889	1,36722	,32226	
Autoinculpación	Crónicos	20	2,3000	1,83819	,41103	,330
	Funcionales	18	1,7778	1,35280	,31886	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los resultados obtenidos en relación al *Objetivo 4* “Comprobar si existen diferencias de género en los pacientes diagnosticados de *Enfermedad Funcional Digestiva en relación a los trastornos hipocondríacos y de somatización.*”

En este caso, en el test de Amplificación Somatosensorial, si comparamos por sexo vemos que los hombres han puntuado 22,75 y las mujeres 24,78. Aunque no se han hallado diferencias significativas estos resultados nos indican que existe sospecha de somatización.

Tabla 7*Puntuaciones medias del grupo EFD en hombres y mujeres*

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig.
Amp. Somat.	Hombre	4	22,7500	3,30404	1,65202	,113
	Mujer	14	24,7857	5,47973	1,46452	
CV Comp. físico	Hombre	4	52,2903	5,18852	2,59426	,255
	Mujer	14	43,3024	9,55567	2,55386	
CV Comp. mental	Hombre	4	48,6483	5,89271	2,94635	,056
	Mujer	14	43,2026	12,29814	3,28682	
Índice Whiteley	Hombre	4	6,0000	5,29150	2,64575	,052
	Mujer	14	5,0000	2,48069	,66299	

Amp. Somat = Amplificación somatosensorial

Comp = Componente (mental/físico) CV= Calidad de vida

Fuente: elaboración propia

En el caso del índice de Whiteley, que mide síntomas hipocondriacos, observamos que los hombres han puntuado 6,00 y las mujeres 5,00. Tanto el grupo de los hombres como de las mujeres se han quedado por debajo del punto de corte, por lo que no existiría sospecha de trastorno de hipocondría. Tampoco se han hallado diferencias significativas.

En relación al SF-12, si comparamos los resultados entre hombres y mujeres vemos que en componente físico, los hombres han obtenido un 52,29, lo que en el rango de 0-100

los situaría en torno a la puntuación media. Si comparamos este dato con la media de población general (51,25), el resultado nos indicaría que se encuentra por encima.

La puntuación media del grupo de mujeres ha sido en este caso de 43,30. Este resultado se situaría por debajo de la media en el rango 0-100. Si además comparamos este resultado con la media de población general (49,51) vemos que se encuentra por debajo.

A pesar de que se aprecia una diferencia en las puntuaciones medias de ambos sexos, no se han hallado diferencias que sean estadísticamente significativas para el componente físico de calidad de vida.

En el componente mental los hombres han obtenido una puntuación media 48,64 y las mujeres 43,20. En este caso tampoco se han encontrado diferencias significativas.

Al comparar las puntuaciones con la media poblacional en hombres (52,04) y en mujeres (48,86), vemos que las puntuaciones de ambos grupos se encuentran por debajo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue analizar y comparar los trastornos hipocondriacos y de somatización entre pacientes de Enfermedad funcional digestiva y pacientes de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva. Además se propuso comprobar la afectación de dichos trastornos en la calidad de vida de los pacientes, así como describir y comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas. Este estudio también se planteó investigar las posibles diferencias de género en dichas variables psicológicas.

Los resultados obtenidos no permiten sostener la primera hipótesis planteada debido a que no se ha encontrado que los pacientes de Enfermedad funcional digestiva sufran más trastornos hipocondriacos y de somatización que los enfermos de otras patologías crónicas. En relación al trastorno hipocondriaco, los resultados nos muestran que no hay diferencias significativas. Este resultado difiere con los estudios realizados previamente que señalan la comorbilidad entre este trastorno y la enfermedad funcional digestiva (Gros, Antony, McCabe y Swinson, 2009; Rodríguez et al. 2015; Vinaccia, Quiceno y Medinas, 2016). Es posible que con una muestra más amplia los resultados obtenidos fueran en la línea de estas últimas investigaciones.

En cuanto a los trastornos de somatización, los hallazgos encontrados indican que la sospecha de síntomas somáticos no es más frecuente en los pacientes de enfermedad funcional digestiva, sino que en las dos muestras existe una posible sospecha de somatización. El resultado obtenido contrasta con las investigaciones realizadas previamente donde se indica que “los pacientes con síndrome de intestino irritable sufren con más frecuencia diversos trastornos somatomorfos” (Mearín, 2011). Aunque los resultados de este estudio señalen que existe comorbilidad entre enfermedad funcional digestiva y trastornos somatomorfos, no podemos concluir que en este caso sea más frecuente en este tipo de pacientes. Además, estos resultados también distan de lo que afirmaron Dindo y Lackner (2017), señalando que los pacientes con trastornos funcionales digestivos presentan con mayor asiduidad comportamientos de enfermedad. Tal vez este resultado tenga que ver con que la muestra de enfermos crónicos fue algo heterogénea, destacando patologías cardíacas, cuyo padecimiento afecta notablemente al estado psicológico de los individuos. Se estima que más del 50% de pacientes con patología cardíaca sufren algún trastorno depresivo de distinto grado (Carrasco y López-Ibor, 2011).

En cuanto a la calidad de vida, los resultados obtenidos reflejan una diferencia significativa en el área física en pacientes de Enfermedad funcional digestiva. Sin embargo, este resultado no permite mantener la segunda hipótesis que señalaba que pacientes diagnosticados de EFD tenían peor calidad de vida. En nuestro estudio resultados muestran que los que tienen peor calidad de vida física son los pacientes de enfermedad crónica distinta. En lo referido al componente mental los resultados no han sido significativos. Estos datos contradicen los hallazgos encontrados en el estudio de Drossman et ál. (1996) donde se indicaba que la calidad de vida era peor en individuos con trastornos funcionales gastrointestinales que aquellos con patología orgánica.

Es posible que los resultados obtenidos en nuestro estudio también puedan deberse, en parte, a la heterogeneidad de la muestra de enfermos crónicos.

En relación a las estrategias de afrontamiento, los resultados reflejan diferencias significativas en las estrategias Apoyo social emocional y Uso de sustancias. Podríamos afirmar que se cumple parcialmente la hipótesis planteada inicialmente, apoyándose en las investigaciones de Torkzadeh et ál. (2017), que indicaba que pacientes con EFD utilizaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento pasivas. En este caso Uso de sustancias coincidiría con este planteamiento, pero no sería suficiente para confirmar que el uso de estrategias pasivas se da con más frecuencia en estos pacientes. Incluso si nos fijáramos en el resto de resultados, los enfermos crónicos han puntuado más en las estrategias más pasivas o desadaptativas.

En relación a las diferencias de género en pacientes con enfermedad funcional digestiva, el resultado en cuanto al trastorno hipocondriaco no ha sido significativo, así como tampoco lo ha sido en el trastorno de somatización. Este resultado difiere de las investigaciones realizadas por Zhu et ál. (2015) donde se indica que los trastornos

psicológicos son más prevalentes en mujeres diagnosticadas de Síndrome de intestino irritable.

En calidad de vida los resultados tampoco han sido significativos en ninguno de los componentes. Estos resultados difieren con los resultados de Tang, Yang, Wang y Li, (2012) donde se indicaba la existencia de diferencias de género en la calidad de vida.

Con una muestra más amplía quizá estos resultados hubieran sido similares a lo hallado en otros estudios, donde se refleja que las mujeres tienen una peor calidad de vida (Simrén et ál., 2001; Faresjo et ál., 2007; Zhu et ál., 2015).

Limitaciones

Una de las limitaciones principales de este estudio ha sido el tamaño de la muestra, ya que en nuestro estudio ha sido pequeño. Además, la heterogeneidad de la muestra de pacientes diagnosticados de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva ha podido sesgar los resultados que se han obtenido. Muchos de los pacientes que componían la muestra eran pacientes pertenecientes al programa de Rehabilitación cardíaca del HGUA. En este programa se les recomienda acudir al grupo de control del estrés para manejar aquellos aspectos psicológicos que están afectados tras sufrir cualquier patología cardíaca. Este hecho puede que haya sesgado los resultados. Igualmente el resto de pacientes que asisten al taller son pacientes que acuden voluntariamente a las sesiones y podríamos suponer que ya vienen con algún tipo de sintomatología ansiosa y/o depresiva o con altos niveles de estrés y sienten que necesita ayuda.

Líneas futuras de investigación

En futuras investigaciones sería recomendado que se aumentara el tamaño de la muestra así como que fuera lo más homogénea posible en el grupo de pacientes diagnosticados de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva. Además, sería apropiado igualar el número de hombres y mujeres, en el caso de analizar diferencias de género, ya que en nuestro estudio el número de mujeres en la muestra ha sido mucho más alto.

Asimismo, con el objetivo de mejorar y diseñar mejores tratamientos, planteamos la necesidad de seguir profundizando en la relación de esta patología y los trastornos psicológicos, tanto en los tratados en este estudio como otros, ya que pueden ser un factor que influya tanto en la experiencia de enfermedad como en la calidad de vida. Igualmente sería interesante seguir analizando el estilo de afrontamiento en esta patología así como las posibles diferencias de género que puedan existir.

Conclusiones

Para finalizar, en base a los resultados obtenidos, las conclusiones de nuestro estudio son las siguientes:

1. No existen diferencias significativas en relación a los trastornos hipocondriacos y de somatización en pacientes diagnosticados de enfermedad funcional digestiva.
2. La calidad de vida física es mejor en pacientes diagnosticados de Enfermedad funcional digestiva (EFD) que en pacientes diagnosticados de Enfermedad crónica distinta de EFD.

3. En cuanto al uso de estrategias de afrontamiento, encontramos que el Uso de sustancias y Apoyo social emocional son las estrategias que más utilizan los pacientes de EFD.

4. No se han hallado diferencias de género en trastorno hipocondriaco ni en trastorno de somatización.

5. No se han hallado diferencias de género en calidad de vida.



BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Avia, MD. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
- Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323- 334.
- Carrasco, J. L., & López-Ibor, J. J. (2009). Enfermedad cardiovascular y psiquiatría. *Libro de la salud cardiovascular. Madrid, España: Editorial Nerea*, SA, 613-619.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: --atheoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Crespo, M. & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Chan, A. O., Cheng, C., Hui, W. M., Hu, W. H., Wong, N. Y., Lam, K. F., ... & Wong, B. C. (2005). Differing coping mechanisms, stress level and anorectal physiology in patients with functional constipation. *World journal of gastroenterology*, 11(34), 5362.
- Corney R.H. y Stanton R. (1990). Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 483-491.

- Danquechim D.E., Delvaux M., Allemand H. Allouche S., Van Egroo L.D. y Lepen C. (1994). Profile and evolution of irritable bowel syndrome. Prospective national epidemiological study of 1301 patients followed up for 9 months in Gastroenterology. Groupe d'Etude Nationale sur le Syndrome de Intestin Irritable. *Gastroenterology Clinical Biologic*, 18, 145-50.
- Dindo, L., & Lackner, J. (2017). Effects of different coping strategies on physical and mental health of patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(10), 1500-1503.
- Drossman D.A., Li A, Leserman J., Toomey T.C. y Hu Y.J.B. (1996). Health Status by Gastrointestinal Diagnosis and Abuse History. *Gastroenterology*, 110, 999-1007.
- El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171-85.
- Faresjö, Å., Grodzinsky, E., Johansson, S., Wallander, M. A., Timpka, T., & Åkerlind, I. (2007). A Population-Based Case–Control Study of Work and Psychosocial Problems in Patients With Irritable Bowel Syndrome—Women Are More Seriously Affected Than Men. *The American journal of gastroenterology*, 102(2), 371.
- García-Garrido, A. (2011). Guía de manejo de los trastornos funcionales digestivos.
- Glia A. y Lindberg, G. (1997). Quality of life in patients with diferente types of functional constipation, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 1083-9.
- González-Rato, M.C., Fernández-Rodríguez, C. y García-Vega, E. (1998). Predictores clínicos en el síndrome de intestino irritable. *Revista de Psicología de la Salud*, 10 (1), pp. 115-136.

- Gros, D. F., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 290-296.
- Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. (1999). Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 6, 45-53.
- Mearin F. (2011). Síndrome de intestine irritable. Sequeiros E. Eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas, 3ª edición. Elsevier España. Barcelona. 155-66.
- Mearín, F., Montoro, M.A. (2012). Sección 4. Intestino Delgado y Colon. En Montoro, M.A. y García, J.C., Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. (pp. 523-568). Madrid: Jarypo Ed.
- Mitchell C. Y Drossman, D. (1987). Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 92: 1282-1284.
- North, C.S., Downs, D., Clouse, R.E., Aydamir, A., Dokucu, M.E., Cox, J., Spitznagel, E. L. y Alpers, D.H. (2004). The presentation of Irritable Bowel Syndrome in the context of Somatization Disorder. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2 pp.787–795.
- Pilowski I. y Spence N.D. (1967). Whiteley Index of Hipocondriasis (WIH).
- Poulsen C.H., Eplov L.F., Hjorthoj C., Eliassen M., Skovbjerg S., Dandtuft T.M., Schröden A. y Jorgensen, T. (2017). Irritable bowel symptoms and the development of common mental disorders and functional somatic syndromes identified in secondary care, a long term population based study. *Clinical Epidemiology*. 2017:9 pp.393–402.

- Rodríguez, A., Lara C., Sanchis M., Rapaport, E. y Guajardo, G. (2015). Narrativas de pacientes con síndrome de intestino irritable: un estudio exploratorio. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 89, 117-136.
- Sebastián Domingo, J. (2017). Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Medicina Clínica*. 148. 10.1016/j.medcli.2016.12.020.
- Solmaz M., Kavuk I. & Sayar K. (2003). Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Eur J Med Res*, 9;8(12): 549-56.
- Stanculete, M. F., Matu, S., Pojoga, C., & Dumitrascu, D. L. (2015). Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 24 (2).
- Talley N.J., Weaver A.L. y Zinsmeister A.R. (1995). Impacto of Functional Dyspepsia on Quality of Life. *Digestive Diseases and Sciences*, 40, 584-589.
- Tang, Y. R., Yang, W. W., Wang, Y. L., & Lin, L. (2012). Sex differences in the symptoms and psychological factors that influence quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 24(6), 702-707.
- Tobón, S.; Vinaccia S. y Sandín B. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 19 (2) Dic, 223-234.
- Torkzadeh, F., Danesh, M., Mirbagher, L., Daghighzadeh, H., & Emami, M. H. (2019). Relations between coping skills, symptom severity, psychological symptoms, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *International journal of preventive medicine*, 10.

- Val Jiménez, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, M. L., & León, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria*, 10(5), 767-70.
- Verhoof, E. J., Maurice-Stam, H., Heymans, H. S., Evers, A. W., & Grootenhuis, M. A. (2014). Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 12.
- Vinaccia Alpi, S., Quiceno Japcy, M. y Medinas Amorós, M. (2016). Conducta de enfermedad en pacientes con dispepsia funcional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: un estudio transcultural. *Psicología y Salud* , 26 (1) Ene-Jun, 5-14.
- Whitehead, W. E., & Crowell, M. D. (1991). Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America*, 20(2), 249-267.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., & Gandek, B. (2002). How to score versión 2 of the SF-12 Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). Lincoln: QualityMetric Incorporated.
- Zhu, L., Huang, D., Shi, L., Liang, L., Xu, T., Chang, M., ... & Fang, X. (2015). Intestinal symptoms and psychological factors jointly affect quality of life of patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 49.

APÉNDICES

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

1-DATOS PERSONALES:

FECHA:

NOMBRE:

SEXO: M/F

EDAD: ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado-divorciado/a

HIJOS: EDADES:

PROFESIÓN: ESTUDIOS: Sin estudios/Primarios/Secundarios/Universitarios

SITUACIÓN LABORAL: estudiante/activo laboralmente/ desempleado/baja temporal / jubilado.

2-DATOS RELATIVOS A SALUD:

DIAGNÓSTICO ACTUAL:

MEDICACIÓN ACTUAL:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

CALIDAD Y HORARIO DE SUEÑO:

¿FUMA?:

¿TOMA ALCOHOL?

¿ALGÚN TIPO DE DROGA?

EJERCICIO FÍSICO: SI/NO

¿Qué tipo?

¿Cuánto tiempo?

COMORBILIDAD:

MEDICACIÓN:

ADHESION (test de Morisky-Green):

- 1) ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su problema? Sí o no
- 2) Toma los medicamentos a las horas indicadas? Si o no
- 3) Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación? Sí o no
- 4) Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla? Sí o no

INDICE DE WHITELEY

Por favor responda sí o no a cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿A menudo se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad grave?	SI	NO
2. ¿Sufre de dolores y achaques diversos?	SI	NO
3. ¿A menudo se da cuenta de distintas cosas que ocurren en su cuerpo?	SI	NO
4. ¿Está muy preocupado por su salud?	SI	NO
5. ¿Con frecuencia tiene síntomas de enfermedades muy graves?	SI	NO
6. Si tiene noticia de alguna enfermedad (a través de la radio, la TV, los periódicos o de algún conocido) ¿se preocupa por la posibilidad de padecerla?	SI	NO
7. ¿Cuando está enfermo, se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto?	SI	NO
8. ¿Se encuentra molesto por muchos síntomas diferentes?	SI	NO
9. ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo y pensar en cualquier otra cosa?	SI	NO
10. ¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?	SI	NO
11. ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad?	SI	NO
12. ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?	SI	NO
13. ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?	SI	NO
14. ¿Tiene miedo a la enfermedad?	SI	NO

INDICE DE WHITELEY =

FOBIA A LA ENFERMEDAD =

PREOCUPACIÓN CORPORAL =

CONVICCIÓN DE PRESENCIA DE ENFERMEDAD=

ESCALA DE AMPLIFICACIÓN SOMATOSENSORIAL (Barsky, Wysshak y Klerman, 1990)

A continuación se presenta un listado de enunciados que son característicos de algunas personas. Señale con una X el grado en que cree que tales enunciados le caracterizan a vd en general, basándose en la siguiente escala.

1	2	3	4	5
NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	MUCHO	TOTALMENTE

1.El hecho de que alguien tosa, hace que yo también tosa	1	2	3	4	5
2. No puedo soportar el tabaco, el humo o los factores contaminantes del ambiente					
3. A menudo soy consciente de diversas cosas que ocurren en mi cuerpo					
4. Los ruidos fuertes y repentinos realmente me molestan					
5. Cuando me hago una magulladura, me la sigo notando durante mucho tiempo					
6. Algunas veces puedo oír el pulso o los latidos de mi corazón palpitando en mi oído					
7. Odio tener demasiado calor o demasiado frío					
8. Enseguida siento las contracciones de hambre en mi estómago					
9. Hasta algo sin importancia, como una picadura de un insecto o pincharme con una astilla me molesta					
10. Tengo escasa tolerancia al dolor					

CUESTIONARIO COPE-28

Instrucciones: las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio según el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello (al problema). Gracias.

- 0- En absoluto
- 1- Un poco
- 2- Bastante
- 3- Mucho

1	Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando	0	1	2	3
2	Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación				
3	Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí				
4	Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor				
5	Busco apoyo emocional y afecto de alguien				
6	Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo				
7	Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación				
8	Me niego a creer lo que me está pasando				
9	Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación				
10	Busco ayuda y consejo de otras personas				
11	Tomo medicamentos (tranquilizantes) para estar mejor				
12	Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles				
13	Me critico a mí misma				
14	Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación				

15	Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona				
16	Admito que no puedo con la situación y dejo de enfrentarla				
17	Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo				
18	Hago bromas sobre lo que me pasa				
19	Hago algo para pensar menos en mi situación				
20	Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir				
21	Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento				
22	Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual				
23	Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo				
24	Aprendo a vivir con el diagnóstico y sus tratamientos				
25	Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación (de diagnóstico de enfermedad u otras situaciones)				
26	Me culpo a mí misma por lo que me pasa				
27	Rezo, oro o medito				
28	Tomo la situación difícil con humor				

CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mes a, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 Sí	2 No
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1	2
	Sí	No
6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre

Casi siempre

Sólo alguna vez

Nunca

**Algunas
veces**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número Expediente:	190275 --- PI2019-056
Título del proyecto:	“Trastorno hipocondríaco y de somatización en pacientes con Enfermedad Funcional Digestiva. Diferencias de género y calidad de vida”
Investigador principal:	Purificación Bernabeu Juan

Yo.....
(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña XXX revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "XXX".

FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Número Expediente:	190275 --- PI2019-056
Título del proyecto:	“Trastorno hipocondríaco y de somatización en pacientes con Enfermedad Funcional Digestiva. Diferencias de género y efecto en la calidad de vida”
Investigador principal:	Purificación Bernabeu Juan
Servicio:	Unidad de Psicología Hospitalaria
Centro:	Hospital General Universitario de Alicante

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y cuidados médicos.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General Universitario de Alicante.

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

Los trastornos gastrointestinales funcionales, entre los que se encuentran el síndrome de intestino irritable y la dispepsia, consisten en combinaciones de síntomas gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dolor, hinchazón abdominal...) que no se explican por alteraciones orgánicas. En estos trastornos se hace necesaria la valoración psicológica, además de la médica, ya que se ha evidenciado que pueden estar modulados por desórdenes psicológicos como el estrés, ansiedad, depresión, o posibles trastornos de ansiedad por enfermar y somatizaciones. A la

vez existe una sospecha de que estos factores afectan más a pacientes con EFD que a otras patologías crónicas. Por otro lado, es posible que existan diferencias de género en la manifestación de estos síntomas psicológicos. Si esto fuera así, supondría una intervención específica dependiendo de la sintomatología evidenciada por el paciente según su género. Los sesgos de género en sanidad son las diferencias en el tratamiento de mujeres y hombres con un mismo diagnóstico, que puedan resultar positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos. En este estudio se pretende valorar si existe una correlación positiva entre EFD y los trastornos de somatización y de hipocondría.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?

Analizar los trastornos hipocondriacos y de somatización entre pacientes de Enfermedad funcional digestiva y comparar entre pacientes de enfermedad crónica distinta de Enfermedad funcional digestiva, así como comparar las estrategias de afrontamiento más utilizadas, comprobar el nivel de calidad de vida y examinar si existen diferencias de género.

¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?

La duración del estudio se prolongará durante un periodo de tiempo de 18 meses, pero este periodo podrá ser mayor o menor (en función del estudio).

Si decide participar, se le pedirá que acuda a la consulta de psicología en 1 ocasión y que cumplimente unos cuestionarios y responda a las preguntas de una entrevista.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted recibirá el mismo tratamiento y atención médica participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día de estas enfermedades y ello permitirá idear formas de prevención, manejo y tratamiento mejores que las que poseemos en la actualidad.

Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Consumo de tiempo en acudir a la única consulta de psicología.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Datos sobre síntomas clínicos y psicológicos, así como datos sociodemográficos.

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo, en su caso (Real Decreto 1720/2007).

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y los órganos de asesoramiento del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal del estudio, su médico y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?

Si Vd. precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con la Dra. Purificación Bernabeu telf. 965 913 905