



SUMA PSICOLOGICA

Suma Psicológica

ISSN: 0121-4381

sumapsi@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

Tobón, Sergio; Núñez Rojas, Ariel César  
RELACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS CON LOS SÍNTOMAS DE DISPEPSIA EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES  
Suma Psicológica, vol. 14, núm. 1, marzo, 2007, pp. 93-105  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134216860005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## RELACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS CON LOS SÍNTOMAS DE DISPEPSIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES

**Sergio Tobón**

*Universidad Complutense de Madrid – Universidad Nacional de  
Educación a Distancia – UNED, España\**

**Ariel César Núñez Rojas**

*Universidad de Manizales - Universidad Católica Popular del  
Risaralda, Colombia*

### RESUMEN

*Objetivo: determinar la relación de varios factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. Metodología: se le aplicó a una muestra de 136 estudiantes los siguientes instrumentos: PAGI-SYM, Cuestionario PANAS de afecto positivo y negativo, cuestionario cualitativo de sucesos vitales y el Cuestionario de optimismo disposicional (DIOP). Resultados: el afecto negativo se relacionó con la medida total de síntomas de dispepsia y con cada uno de los síntomas dispépticos tomados de forma independiente. El segundo factor psicológico en importancia fue el número de sucesos vitales estresantes, el cual se relacionó de forma significativa con la medida total de síntomas y con la regurgitación. La intensidad del estrés se relacionó con el dolor abdominal inferior. Conclusión: el afecto negativo y el estrés psicosocial se relacionan con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios. Son necesarios nuevos estudios para clarificar esta relación.*

**Palabras clave:** factores psicológicos, estrés, síntomas de dispepsia, estudiantes universitarios,

---

\* Correspondencia: Sergio Tobón, Cra. 27 # 21-21 La Ceja, Antioquia – Colombia. E-mail: stobon@cife.ws y stobon5@yahoo.es

## ABSTRACT

*Objective: to determine the relation of several psychological factors with the symptoms of dyspepsia in Spanish university students. Methodology: the following instruments were applied to a sample of 136 students: PAGA-SYM, Questionnaire VELVETEENS of Positive and Negative Affection, Qualitative Questionnaire of Vital Events and the Questionnaire of Dispositional Optimism (DIOP). Results: the negative affection was related to the total measurement of symptoms of dyspepsia taken from independent form. The second psychological factor in importance was the number of stressful vital events, which was related significantly to the total measurement of symptoms and the regurgitation. The intensity of stress was related to the inferior abdominal pain. Conclusion: the negative affection and psycho-social stress are related to the symptoms of dyspepsia in university students. New studies are necessary to clarify this relation.*

**Key words:** psychological factors, stress, symptoms of dyspepsia, negative affection, stressful vital events, university students.

## INTRODUCCIÓN

Los síntomas dispépticos pueden estar causados por una gran variedad de condiciones médicas, tales como la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico y el cáncer gástrico. Sin embargo, en muchos casos no se detectan alteraciones fisiopatológicas que expliquen los síntomas, y cuando eso sucede se diagnostica dispepsia funcional (Jones, 2003). El diagnóstico de la dispepsia funcional implica, por tanto, descartar otras enfermedades del sistema digestivo que frecuentemente tienen síntomas similares tales como úlcera péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome del colon irritable, cáncer gástrico, entre otras (Talley *et al.*, 2000; Tack *et al.*, 2001).

La dispepsia funcional es una de las enfermedades gastrointestinales,

junto con el síndrome del colon irritable, que más interés genera actualmente dentro del campo de la psicología clínica y la medicina psicosomática, ya que tradicionalmente todo el énfasis estaba centrado en la úlcera péptica. Este hecho se debe a la progresiva constatación del estrecho vínculo de los factores psicológicos con la dispepsia funcional, tales como el estrés psicosocial, la ansiedad, la depresión, el abuso infantil y la somatización (Hui *et al.*, 1991; Folks y Kinney, 1992; Pauli *et al.*, 1992; Kellner, 1994; Tobón *et al.*, 2003a), así como por la creciente evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en esta condición médica (Tobón *et al.*, 2003b; Tobón *et al.*, 2005).

El psicólogo clínico debe tener un alto nivel de conocimiento en torno a la etiología multicausal de la dispep-

sia funcional, por cuanto es muy probable que en cualquier momento de su ejercicio profesional asista a pacientes con esta enfermedad, ya sea porque le sean remitidos por profesionales de la medicina o gastroenterología, o porque esta condición médica se asocie a un problema psicopatológico de fondo que esté tratando. Igualmente, requiere poseer criterios claros para orientar la evaluación y la intervención psicológica acorde con las características de esta enfermedad.

La presente investigación se ha realizado con el propósito de evaluar los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios con respecto a factores psicológicos, tales como: estrés psicosocial, optimismo, afecto positivo y afecto negativo. Sólo se han estudiado los síntomas de dispepsia y no la condición médica de la dispepsia funcional, dado que el interés se centró en determinar cómo es la naturaleza biopsicosocial de estos síntomas en la comunidad.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

En la investigación participaron 136 estudiantes universitarios de la Fa-

cultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años durante el curso 2005-2006. La media de la edad fue de 22,24 años con una DT de 4,6 años.

### APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos fueron autoaplicados a los estudiantes en las sesiones de clase, con la colaboración de los profesores. Los estudiantes participaron de forma voluntaria y se les informó previamente de los objetivos del estudio. La duración promedio de la aplicación fue de 30 minutos.

### INSTRUMENTOS

1. *Datos sociodemográficos*. Se realizó un cuestionario para determinar algunos aspectos sociodemográficos como edad, sexo, curso académico e ingresos.
2. *Patient Assessment of Upper Gastrointestinal Disorders-Symptom Severity Index* (PAGI-SYM). Este cuestionario mide la frecuencia y la gravedad de los síntomas de dispepsia y fue diseñado y validado por Rentz *et al.*, (en prensa) en un estudio internacional con muestras de Estados Unidos, Francia, Alema-

**TABLA 1. Algunos aspectos sociodemográficos**

Factor	Porcentaje
Porcentaje mujeres	79,7%
Porcentaje hombres	18%
No responden	2,3%
Media de ingresos	1960 euros (dt: 2.135).

nia, Italia, Países Bajos y Polonia. El instrumento se compone de 20 ítemes. Cada ítem se refiere a un determinado síntoma y son cinco las opciones de respuesta, de 0 (no se ha experimentado el síntoma) hasta 5 (ha experimentado el síntoma de una forma muy grave). Este cuestionario fue traducido del inglés y validado para la población española por Tobón (2006) (véase anexo I).

3. *Sucesos vitales estresantes*. Se diseñó un cuestionario para que cada estudiante anotase los cinco sucesos estresantes de mayor impacto que pudiera haber tenido durante el último año, y se les solicitó evaluar su grado de impacto negativo en una escala de 0 a 4, en la cual 0 significaba ausencia de impacto y 4 muchísimo impacto (véase anexo II).
4. *Cuestionario PANAS de afecto positivo y negativo (Positive and Negative Affect Schedule)*. Este instrumento evalúa el afecto positivo y negativo. Fue desarrollado por Watson *et al.*, (1988) y adaptado para la población española por parte de Sandín *et al.*, (1999), autores que informan de adecuados niveles de fiabilidad y validez.
5. *Optimismo disposicional (DIOP)*. Esta escala fue diseñada por Joiner (1997) y adaptada a la población española por Chorot (1998). Tiene

como fin obtener una medida breve sobre el optimismo. Consta de 12 ítemes, los cuales se evalúan en una escala de 0 a 3, en la cual 0 significa “nada aplicable a mí” y 3 indica “completamente aplicable a mí”. Esta prueba no posee subescalas.

## RESULTADOS

En la tabla 2 se describe la relación de los diversos factores psicológicos con los síntomas de dispepsia medidos con la escala PAGI-SYM. Se observa que hubo una relación positiva y significativa entre tales síntomas de dispepsia y factores psicológicos tales como el afecto negativo y el número de sucesos vitales estresantes. No hubo relación entre la escala total de síntomas del PAGI-SYM y otros factores psicológicos como el optimismo, la intensidad del estrés y el afecto positivo.

Con respecto a las subescalas del PAGI-SYM que evalúan síntomas concretos de dispepsia, la tabla 3 indica una relación significativa entre todas las subescalas y el afecto negativo. Sólo el dolor abdominal inferior y la regurgitación se relacionaron con factores psicológicos diferentes como la intensidad del estrés y el número de sucesos vitales estresantes respectivamente.

## DISCUSIÓN

El presente estudio muestra una correlación positiva y significativa entre los síntomas de dispepsia medidos

**TABLA 2. Relación de los síntomas de dispepsia con diversos factores psicológicos**

	PAGI-SYM	Intensidad estrés	Afecto positivo	Afecto negativo	Optimismo	Número de sucesos estresantes
PAGI-SYM	1	,155	-,012	,494(**)	-,107	,193(*)
Intensidad estrés	,155	1	-,024	,118	,020	,008
Afecto positivo	-,012	-,024	1	-,149	,549(**)	-,120
Afecto negativo	,494(**)	,118	-,149	1	-,382(**)	,122
Optimismo	-,107	,020	,549(**)	-,382(**)	1	-,076
Número de sucesos estresantes	,193(*)	,008	-,120	,122	-,076	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**TABLA 3. Relación de las subescalas del PAGI-SYM con los factores psicológicos**

Subescala del PAGI-SYM	Afecto positivo	Afecto negativo	Optimismo	Número de sucesos estresantes	Intensidad estrés
Dolor abdominal inferior	-,107	,356(**)	-,110	,179	,183(*)
Llenura/saciedad temprana	,032	,332(**)	-,050	,110	,137
Regurgitación	,029	,373(**)	-,069	,219(*)	,013
Náuseas/vómito	,024	,394(**)	-,140	,020	,019
Dolor abdominal superior	-,097	,360(**)	-,088	,155	,154
Malestar/reflujo gastroesofágico	,069	,312(**)	,024	,069	,123

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

con la escala PAGI-SYM y factores psicológicos tales como el afecto negativo y el número de sucesos vitales estresantes. Esto está acorde con estudios previos en los cuales se ha establecido una relación de la dispepsia con factores psicológicos asociados al afecto negativo tales como el neuroticismo, la ansiedad y la ira-hostilidad (Haug *et al.*, 1995; Norton *et al.*, 1999; Tanum y Malt, 2001; Li *et al.*, 2002).

Con respecto al estrés psicosocial, en la presente investigación se halló una relación de la medida total de sín-

tomas de dispepsia (medidos con el PAGI-SYM) con el número de sucesos vitales estresantes. Este aspecto ha sido también reportado en otros estudios (Haug *et al.*, 1995; Lau *et al.*, 1996; Tobón *et al.*, 2003a; Tobón *et al.*, 2004a). Sin embargo, al contrario de otros estudios (Bennett *et al.*, 1991; Hernández *et al.*, 1993; Lau *et al.*, 1996; Lee *et al.*, 2000), no se halló relación de la medida total de dispepsia con la intensidad del estrés. Con respecto a los síntomas específicos, se halló relación del número de sucesos vitales y de la intensidad del estrés

con el dolor abdominal bajo y la regurgitación respectivamente. Esto muestra que el estrés psicosocial es necesario evaluarlo con respecto a los síntomas específicos de dispepsia, pues no todos los síntomas se relacionan con el número de sucesos vitales y la intensidad del estrés, aspecto que no se ha investigado de forma suficiente y que requiere de nuevos estudios para confirmar los resultados de la presente investigación.

Con respecto a factores psicológicos positivos como el afecto positivo y el optimismo, el presente estudio no halló ninguna relación con la medida total de dispepsia y cada una de las subescalas del PAGI-SYM. Este es un tema escasamente investigado hasta el momento (Tobón *et al.*, 2003a; Tobón *et al.*, 2004a, Tobón *et al.*, 2005). Es factible que la relación entre factores psicológicos y la dispepsia sea sólo con respecto a factores psicológicos clínicos como el afecto negativo y el estrés, tema sobre el cual es necesario realizar nuevos estudios.

El presente estudio aporta evidencia en torno a la importancia de tener en cuenta los factores psicológicos de orden clínico en los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios. De allí que sea necesario considerar la posibilidad de la evaluación y el tratamiento psicológicos con el fin de ofrecer una intervención más integral en las personas con dispepsia. Al respecto, nuestro equipo ha propuesto un proceso sistemático de intervención psicológica en personas con dispepsia

que puede ser de utilidad en aquellas personas en las cuales hay una importante implicación de factores psicológicos, teniendo como marco de referencia el modelo procesual del estrés (Tobón *et al.*, 2003b; Tobón *et al.*, 2005), para lo cual hay evidencias científicas en torno a los efectos beneficiosos de cinco tratamientos psicológicos: el *biofeedback*, la terapia psicodinámica interpersonal breve, la psicoterapia de asesoramiento grupal, la terapia cognitivo-conductual y la terapia hipnótica. Sin embargo, con respecto al estudio de la dispepsia en estudiantes universitarios se requieren de nuevos estudios que,

1. Realicen el diagnóstico de la dispepsia mediante estudios clínicos;
2. empleen escalas para evaluar aspectos psicológicos positivos; y
3. valoren la relación de síntomas específicos de dispepsia con factores psicológicos, tema sobre el cual la evidencia todavía es escasa (Tobón *et al.*, 2005).

Los síntomas de dispepsia, en ausencia de alteraciones orgánicas, pueden ser explicados básicamente por dos mecanismos fisiopatológicos (Timmons *et al.*, 2004):

1. Retardo en el vaciamiento gástrico, y
2. Hipersensibilidad visceral. El estrés retarda el vaciamiento gástrico (Monnikes *et al.*, 2001) y los



intentos de reprimir la ira se asocian a una *demora en el vaciamiento gástrico* de líquidos y sólidos en personas con dispepsia funcional (Bennett *et al.*, 1992). También se ha encontrado implicación de la ansiedad, la cual se asocia a retención antral de alimentos (los alimentos se quedan un mayor tiempo en el antro del estómago) en personas con dispepsia funcional (Lorena *et al.*, 2004).

Con respecto a la hipersensibilidad visceral, el estrés podría estar implicado disminuyendo el umbral para la percepción del malestar o aumentando la percepción de la distensión gástrica a partir de la activación simpática (Iovino *et al.*, 1995). Por su parte, Monnikes *et al.*, (2001) plantea que el estrés incrementa la sensibilidad ante estimulación visceral experimental, si el estresor induce un cambio emocional significativo.

El bajo tono vagal puede ser un mecanismo que explique la relación entre los factores psicológicos y la dispepsia funcional. Se ha podido documentar que en la dispepsia funcional hay un bajo tono vagal (Hausken *et al.*, 1993; Hveem *et al.*, 1998) y los factores psicológicos explican ampliamente una parte importante de la varianza en la actividad vagal (Haug *et al.*, 1994b). El bajo tono vagal puede estar implicado tanto en las alteraciones de la sensibilidad como de la motilidad, aspecto en el cual es probable que influya la hormona liberadora de la corticotropina (CRH, corticotropin releasing hormone) y la hormona

liberadora de la tirotrópina (TRH, thyrotropin releasing hormone) (Tache *et al.*, 1990; Weiner, 1996), y tales hormonas pueden activarse en presencia del estrés (Sandin, 2001). Asimismo, la CRH también puede inducir hipersensibilidad visceral en presencia del estrés, tal como es sugerido por estudios experimentales (Monnikes *et al.*, 2001).

La bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)<sup>1</sup> es considerada en la actualidad el principal agente etiológico de la úlcera péptica (Carella *et al.*, 1999; Haug, 2002) y a partir de esto se ha vinculado con la dispepsia funcional (Gisbert *et al.*, 1996). Sin embargo, el rol etiológico de la bacteria en la dispepsia no es tan concluyente como en el caso de la úlcera. Un estudio realizado en la comunidad encontró que la erradicación de la bacteria no tuvo efectos en la prevención de los síntomas de dispepsia y en la calidad de vida (Moayyedi *et al.*, 2000). En esta investigación se seleccionaron al azar 8455 personas de la comunidad con un rango de edad de 40 a 49 años y se les evaluó la posible existencia de *H. pylori*. 2324 personas estaban infectadas, las cuales se asignaron al azar

<sup>1</sup> La bacteria *Helicobacter pylori* es un bacilo de forma curva o en espiral que se halla presente en la mucosa gástrica de más de la mitad de la población mundial y su prevalencia aumenta con la edad. Esta bacteria se transmite generalmente por vía fecal-oral u oral-oral. En la mucosa, vive en la capa de moco del estómago, donde está parcialmente protegido del ácido clorhídrico. Allí segrega ciertas proteínas que atraen a los macrófagos y neutrófilos produciendo inflamación en la zona afectada (gastritis histológica). En el estómago produce



a tratamiento erradicador (1161) o placebo (1163). A todas se les hizo un diagnóstico de los síntomas y de la calidad de vida, y se les practicó seguimiento durante seis meses y dos años. A los dos años retornaron 1773 (76%) personas. Se encontró que el informe de síntomas de dispepsia fue similar tanto en el grupo que recibió tratamiento erradicador (28%) como en el grupo que recibió tratamiento placebo (33%). La tasa de prevención de síntomas de dispepsia fue sólo del 5%. Además, no se hallaron efectos del tratamiento erradicador en el mejoramiento de la calidad de vida. Resultados parecidos fueron obtenidos en un estudio reciente donde se halló que el tratamiento y la cura de *H. pylori* no curaron totalmente los síntomas de dispepsia ni mejoraron todos los ámbitos de la calidad de vida de los pacientes (Koelz *et al.*, 2003). Asimismo, en un estudio realizado sobre la prevalencia de la dispepsia funcional en la comunidad, Kawamura *et al.*, (2001) no encontraron asociación de *H. pylori* con los síntomas de dispepsia tipo dismotilidad ni con los síntomas de dispepsia tipo úlcera. A pesar de estos resultados, la bacteria sigue siendo importante en la dispepsia especialmente en la dispepsia tipo úlcera (Carella *et al.*, 1999), en la cual el dolor epigástrico (síntoma más importan-

te de este subtipo de dispepsia) sería el resultado de la gastritis histológica asociada a la bacteria.

Es factible que los factores psicológicos y la *H. pylori* no sólo sean factores etiológicos de la dispepsia funcional, sino que también interactúen entre sí. Esto es lo que puede observarse en el estudio realizado por Jan y Horowitz (2000) en personas con el síndrome del colon irritable (SCI). Este estudio se hizo con 69 pacientes diagnosticados con SCI en quienes se evaluaron los síntomas de dispepsia, la *H. pylori*, las condiciones sociodemográficas y los factores psicológicos (estrés percibido, rasgo de ansiedad y depresión). Las variables sociodemográficas y psicológicas también fueron evaluadas en 52 personas de control. Se halló que la infección por *H. pylori* estuvo presente en el 47,8% de los pacientes con SCI y esta infección se asoció de forma significativa con dolor epigástrico y llenura. También se halló que el estrés percibido se asoció con la intensidad de los síntomas de dispepsia. En el caso de la dispepsia funcional tipo úlcera, los factores psicológicos podrían interaccionar con la *H. pylori* de la siguiente manera: la bacteria siempre produce una gastritis crónica histológica y asintomática. El estrés podría llevar a alteraciones motoras y sensoriales que unidas a la gastritis histológica de la bacteria, podrían desencadenar el dolor epigástrico.

Los factores psicológicos pueden afectar la inmunocompetencia, produciendo una respuesta más exagerada

---

grandes cantidades de ureasa, la cual al hidrolizar la urea neutraliza el ácido del estómago en su entorno, mecanismo por el cual se protege aún más del medio externo. Todo ello altera la formación de moco adherente y disminuye la microcirculación de la submucosa.

o más débil del huésped frente a la bacteria, lo cual afecta el *rol* patógeno de ésta. En este sentido, se ha descubierto que las personas con una respuesta inmune más intensa frente a la *H. pylori* (altas concentraciones de anticuerpos IgG en suero) tienen mayores probabilidades de tener DF (Holtmann, *et al.*, 2001). También es posible que un descenso en la inmunocompetencia debido al estrés permita que la *H. pylori* aumente su número y sea más patógena, induciendo alteraciones en la motilidad y en la hipersensibilidad. Futuros estudios deberán contrastar esta hipótesis.

## DISCUSIONES

1. Hay relación de varios factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles, tales como el afecto negativo y el número de sucesos vitales estresantes. Esto se corresponde con otras investigaciones en las cuales se ha documentado una implicación del estrés psicosocial, de la ansiedad y de la depresión en la dispepsia.
2. No se halló ninguna relación de factores psicológicos positivos tales como el afecto positivo y el optimismo, con los síntomas de dispepsia en la misma muestra de estudiantes universitarios. Esto posiblemente se debe a que tales factores no tienen el suficiente impacto en los estudiantes, pero ello demanda de nuevas investigaciones en esta área.

3. Se sugiere que los programas de bienestar universitario de las universidades realicen actividades de evaluación y manejo del estrés, así como del afecto negativo, como estrategia que ayude a prevenir los síntomas de dispepsia en los estudiantes.

## REFERENCIAS

- Bennett, E.; Beaurepaire, J.; Langeluddecke, P.M.; Kellow, J.E.; y Tennant, C.C. (1991). Life stress and non-ulcer dyspepsia, a case control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 579-590.
- Bennett, E.J.; Kellow, J.E.; Cowan, H.; Scott, A.M.; Shuter, B.; Langeluddecke, P.M.; Hoschl, R.; Jones, M.P.; y Tennant, C.C. (1992). Suppression of anger and gastric emptying in patients with functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 27, 869-874.
- Carella, A.M.; Bianco, G.; D'Alessandro, V.; Vilella, M.; D'Amico, G.; Mazzocchi, G.; Sperandio, M.; Annese, M.A.; y Sabella, G. (1999). Dispepsia y *Helicobacter pylori*. *La clínica terapéutica*, 150, 67-76.
- Chorot, P. (1998). *Escala de optimismo disposicional de Joiner*, UNED, Madrid.
- Chou, L.T.; Wu, C.Y.; Chen, H.P.; Chang, C.S.; Wong, P.G.; Ko, C.W.; y Chen, G.H. (2001). The correlation of depression and gastric dysrhythmia in functional dyspepsia. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 33, 127-131.
- Folks, D.G.; y Kinney, C.K. (1992). The role of psychological factors in gastrointestinal conditions, a review pertinent to DSM-IV. *Psychosomatics*, 33, 257-270.
- Gisbert, J.P.; Boixeda, D.; y Martín de Argila, C. (1996). "Infección por *Helicobacter pylori* y dispepsia no ulcerosa", en: D. Boixeda; J.P. Gisbert y C. Martín de Argila (eds.), *Infección por h. pylori ¿Dónde está el límite?*, Prous Science, Barcelona, págs. 159-177.
- Gutiérrez, A.; Rodrigo, L.; Riestra, S.; Fernández, E.; Cadahia, V.; Tojo, R.; Fuentes, D.; Nino, P.; y Olcoz, J.L. (2003). Quality of life in patients with functional dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish

- patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 15, 1175-1181.
- Haug, T.T. (2002). [Dyspepsia funcional - Una enfermedad psicósomática]. Funksjonell dyspepsi —en psykosomatisk sykdom (artículo en noruego)—. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 122, 1218-1222.
- Haug, T.T.; Svebak, S.; Wilhelmsen, I.; Berstad, A.; y Ursin, H. (1994a). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 281-291.
- Haug, T.T.; Svebak, S.; Hausken, T.; Wilhelmsen, I.; Berstad, A.; y Ursin, H. (1994b). Low vagal activity as mediating mechanism for the relationship between personality factors and gastric symptoms in functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 181-186.
- Haug, T.T.; Wilhelmsen, I.; Berstad, A.; y Ursin, H. (1995). Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30, 524-530.
- Hausken, T.; Svebak, S.; Wilhelmsen, I.; Haug, T.T.; Olafsen, K.; Pettersson, E.; Hveem, K.; y Berstad, A. (1993). Low vagal tone and antral dysmotility in patients with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 55, 12-22.
- Hernández, D.E.; Arandia, D.; y Dehesa, M. (1993). Role of psychosomatic factors in peptic ulcer disease. *Journal of Physiology*, Paris, 87, 223-227.
- Holtmann, G.; Gschossmann, J.; Holtmann, M.; y Talley, N.J. (2001). H. pylori and functional dyspepsia: increased serum antibodies as an independent risk factor? *Digestive Diseases and Sciences*, 46, 1550-1557.
- Hui, W.M.; Ho, J.; y Lam, S.K. (1991). Pathogenetic role of helicobacter pylori in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse. *Digestive Diseases and Sciences*, 36, 424-430.
- Hveem, K.; Svebak, S.; Hausken, T.; y Berstad, A. (1998). Effect of mental stress and cisapride on autonomic nerve functions in functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 33, 123-127.
- Iovino, P.; Azpiroz, F.; y Domingo, E. (1995). The sympathetic nervous system modulates perception and reflex responses to gut distension in humans. *Gastroenterology*, 108, 680-686.
- Jan, C.M.; y Horowitz, M. (2000). The association between Helicobacter pylori infection and functional dyspepsia in patients with irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 1900-1905.
- Joiner, Jr. T.E. (1997). *Dispositional Optimism* (DIOP). University of Tallase, Florida.
- Jones, M.P. (2003). Evaluation and treatment of dyspepsia. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 25-29.
- Kawamura, A.; Adachi, K.; Takashima, T.; Murao, M.; Katsube, T.; Yuki, M.; Watanabe, M.; y Kinoshita, Y. (2001). Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with Helicobacter pylori infection in a Japanese population. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 16, 384-388.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 4-24.
- Koelz, H.R.; Arnold, R.; Stolte, M.; Fischer, M.; y Blum, A.L. (2003). Treatment of Helicobacter pylori in functional dyspepsia resistant to conventional management: a double blind randomised trial with a six month follow up. *Gut*, 52, 40-46.
- Kuykendall, D.H.; Rabeneck, L.; Campbell, C.J.; y Wray, N.P. (1998). Dyspepsia: how should we measure it? *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 99-106.
- Lau, G.K.; Hui, W.M.; y Lam, S.K. (1996). Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain. *The American Journal of Gastroenterology*, 91, 2157-2162.
- Lee, S.Y.; Park, M.C.; Choi, S.C.; Nah, Y.H.; Abbey, S.E.; y Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 93-99.
- Li, Y.; Nie, Y.; Sha, W.; y Su, H. (2002). The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study. *Chinese Medical Journal*, 115, 1082-1084.
- Lorena, S.L.; Tinois, E.; Brunetto, S.Q.; Camargo, E.E.; y Mesquita, M.A. (2004). Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dyspepsia: influence of gender

- and anxiety. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38, 230-236.
- Moayyedi, P.; Feltbower, R.; Brown, J.; Mason, S.; Mason, J.; Nathan, J.; Richards, I.D.; Dowell, A.C.; y Axon, A.T. (2000). Effect of population screening and treatment for *Helicobacter pylori* on dyspepsia and quality of life in the community: a randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 1665-1669.
- Monnikes, H.; Tebbe, J.J.; Hildebrandt, M.; Arck, P.; Osmanoglou, E.; Rose, M.; Klapp, B.; Wiedenmann, B.; y Heymann-Monnikes, I. (2001). Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity. *Digestive Diseases*, 19, 201-211.
- Norton, G.R.; Norton, P.J.; Asmundson, G.J.G.; Thomson, L.A.; y Larsen, D.K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: The role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 233-240.
- Pauli, P.; Herschbach, P.; Weiner, H.; y von-Rad, M. (1992). [Factores psicológicos en la dispepsia no ulcerosa] Psychologische Faktoren der non-ulcer dyspepsia (NUD) (Artículo en Italiano). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinisch Psychologie*, 42, 295-301.
- Rentz, A.M.; Kahrilas, P.; Stanghellini, V.; Tack, J.; Talley, N.J.; de la Loge, C.; Trudeau, E.; Dubois, D.; y Revicki, D.A. (en prensa). Development and psychometric evaluation of the patient assessment of upper gastrointestinal symptom severity index (PAGI-SYM) in patients with upper gastrointestinal disorders. *Quality of Life Research*, 2004.
- Ruiz, M.; Villasante, F.; León, F.; González-Lara, V.; González, C.; Crespo, M.; Soto, J.; y Rejas, J. (2001). Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Medicina Clínica*, 117, 567-573.
- Sandín, B. (1999) (ed.). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, Klinik, Madrid.
- Sandín, B. (2001). *Estrés, hormonas y psicopatología*, Klinik, Madrid.
- Tache, Y.; Garric, T.; y Raybould, H. (1990). Central nervous system action of peptides to influence gastrointestinal motor function. *Gastroenterology*, 98, 517-528.
- Tack, J.; Bisschops, R.; y DeMarchi, B. (2001). Causes and treatment of functional dyspepsia. *Current Gastroenterology Reports*, 3, 503-508.
- Talley, N.J.; Stanghellini, V.; Heading, R.C.; Koch, K.L.; Malagelada, J.R.; y Tytgat, G.N. (2000). "Functional gastroduodenal disorders", en: D.A. Drossman; E. Corazziari; N.J. Talley; W. Grant Thompson y W.E. Whitehead (eds.), *Rome II: The functional gastrointestinal disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.
- Tanum, L.; y Malt, U.F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 139-146.
- Timmons, S.; Liston, R.; y Moriarty, K.J. (2004). Functional dyspepsia: motor abnormalities, sensory dysfunction, and therapeutic options. *The American Journal of Gastroenterology*, 99, 739-749.
- Tobón, S.; Vinaccia, S.; y Sandín, B. (2003a). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 2, 223-234.
- Tobón, S.; Vinaccia, S.; y Sandín, B. (2003b). Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico. *Terapia Psicológica*, 21, 173-182.
- Tobón, S.; Vinaccia, S.; y Sandín, B. (2004a). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 81-98.
- Tobón, S.; Núñez, A.; y Vinaccia, S. (2004b). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal del estrés. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 59-65.
- Tobón, S.; Sandin, B.; y Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales: evaluación y tratamientos psicológicos*, Klinik, Madrid.
- Tobón, S. (2006). Relación de factores psicológicos con síntomas de dispepsia, UNED, Madrid.
- Weiner, H. (1996). Use of animal models in peptic ulcer disease. *Psychosomatic Medicine*, 58, 524-545.

	Ninguno	Muy suave	Suave	Moderado	Grave	Muy grave
1. Sensación de dolor quemante en el pecho o garganta durante el día	0	1	2	3	4	5
2. Regurgitación líquida que sube desde el estomago hacia la garganta durante el día	0	1	2	3	4	5
3. Sensación de náuseas en el estómago como si se estuviera listo para vomitar	0	1	2	3	4	5
4. Dolor abdominal en el área superior del ombligo	0	1	2	3	4	5
5. Llenura del estómago	0	1	2	3	4	5
6. Pérdida del apetito	0	1	2	3	4	5
7. Malestar abdominal en el área superior del ombligo	1	2	3	4	5	
8. Hinchazón: sensación como si necesitara aflojar los vestidos	0	1	2	3	4	5
9. Acidez: dolor quemante que va del pecho o garganta hacia debajo del vientre	0	1	2	3	4	5
10. Regurgitación de líquido del estómago que va hacia la garganta	0	1	2	3	4	5
11. Dolor abdominal en el bajo vientre por debajo del ombligo	0	1	2	3	4	5
12. Sensación de malestar dentro del estómago que dura todo el día	0	1	2	3	4	5
13. Sabor amargo-ácido en la boca	0	1	2	3	4	5
14. Malestar abdominal por de bajo del ombligo	0	1	2	3	4	5
15. Sensación de malestar dentro del pecho en la noche (durante el tiempo del sueño)	0	1	2	3	4	5
16. Deseo de vomitar sin la presencia de vomito o líquidos en el estómago	0	1	2	3	4	5
17. Estómago o vientre visiblemente hinchados	0	1	2	3	4	5
18. Vómito	0	1	2	3	4	5
19. No ser capaz de terminar de comer el almuerzo completo	0	1	2	3	4	5
20. Sentirse totalmente lleno después de las comidas	0	1	2	3	4	5

---

*Fecha de envío: Enero 25 de 2007*

*Fecha de aceptación: Febrero 12 de 2007*

## ANEXOS

## ANEXO I. PAGI-SYM

El cuestionario PAGI-SYM pretende determinar la presencia y gravedad de síntomas relacionados con problemas gastrointestinales. No hay respuestas correctas o incorrectas. Conteste por favor a cada pregunta tan exactamente como le sea posible. Circunde por favor el número de la pregunta que describe lo mejor posible los síntomas que usted ha experimentado durante las últimas 2 semanas. Si usted no ha experimentado este síntoma cierre el círculo 0; si el síntoma ha sido muy suave, cierre el círculo 1; si el síntoma ha sido suave, cierre el círculo 2; si ha sido moderado, cierre el círculo 3; si ha sido grave cierre el círculo 4; y si ha sido muy grave cierre el círculo 5.

## ANEXO II.

## Registro de sucesos vitales

**Instrucciones**

Escriba los 5 sucesos estresantes ocurridos durante el último año que más le hayan impactado negativamente (por ejemplo, sufrir un secuestro, la muerte de un familiar/amigo, sufrir un accidente de coche, tener una separación de pareja, etc.)

Para cada uno de los sucesos referidos indique el nivel de impacto que le haya producido, utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	
Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	traumático
1.	_____				0 1 2 3 4
2.	_____				0 1 2 3 4
3.	_____				0 1 2 3 4
4.	_____				0 1 2 3 4
5.	_____				0 1 2 3 4