



Universitas Psychologica

ISSN: 1657-9267

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Cano, Erika; Quiceno, Japay; Vinaccia, Stefano; Gaviria, Ana Milena; Tobón, Sergio; Sandín,
Bonifacio
Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional
Universitas Psychologica, vol. 5, núm. 3, octubre - diciembre, 2006, pp. 511-520
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750307>

- 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



CALIDAD DE VIDA Y FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL

ERIKA CANO, JAPAY QUICENO*, STEFANO VINACCIA, ANA MILENA GAVIRIA, SERGIO TOBÓN Y BONIFACIO SANDÍN
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, MEDELLÍN, COLOMBIA.

Recibido: Mayo 11 de 2006

Revisado: Mayo 31 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

The aim of this work was to investigate relationships between life quality, ways of coping, personality and social support in a sample of 60 participants (43 women and 17 men) with a diagnosis of non-ulcer dyspepsia, ranging in age from 18 to 60 years. We used self-report questionnaires of life quality (*Dyspepsia Related Health Scale, QOLPE-I*; Ruiz et al., 2000), ways of coping (*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, CAE*; Sandin & Chorot, 2003), personality (*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated, EPQR-A*; Sandin et al., 2002), and social support (*cuestionario de Apoyo Social, [AS]*; Matud, 1998). Significant differences were found on ways of coping related to problem solving, positive reappraisal and evitation.

Keywords: Non-ulcer dyspepsia, quality of life, social support, facing and personality.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio consistió en investigar la relación entre la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento, la personalidad y el apoyo social en una muestra de 60 participantes (43 mujeres y 17 varones) con diagnóstico de dispepsia no ulcerosa. En el estudio empleamos cuestionarios de autoinforme sobre calidad de vida (*Cuestionario sobre Calidad de Vida Asociada a la Dispepsia, QOLPE-I*; Ruiz et al., 2000), estrategias de afrontamiento (*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, CAE*; Sandin y Chorot, 2003), personalidad (*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated, EPQR-A*; Sandin et al., 2002), y apoyo social (*cuestionario de Apoyo Social [AS]*; Matud, 1998). Encontramos diferencias significativas para las estrategias de afrontamiento del estrés relacionadas con la solución de problemas, reevaluación positiva y evitación.

Palabras clave: Dispepsia no ulcerosa, calidad de vida, apoyo social, afrontamiento y personalidad.

* Correo electrónico: japcy@epm.net.co. Dirección postal: Apartado Aéreo 81240, Envigado, Antioquia (Colombia).

Introducción

La dispepsia funcional (DF), también denominada dispepsia no ulcerosa, es una enfermedad con alta prevalencia en la población general e implica importantes costes económicos en la utilización de los servicios de salud (Jones et al., 1990; Koloski et al., 2001). Esta enfermedad se define por la existencia de dolor abdominal superior o malestar epigástrico recurrente o persistente, frecuentemente asociado a síntomas tales como saciedad temprana, náuseas o vómito; en ausencia de una causa orgánica es identificable por medios diagnósticos convencionales (Talley et al., 2000; Danesh y Pounder, 2000; Panganamamula et al., 2002).

La prevalencia de la DF en la población mundial varía entre diferentes estudios, lo cual es debido, en parte, a las diferentes definiciones empleadas (Locke, 1998). En general, puede decirse que esta enfermedad tiene una prevalencia significativamente alta, la cual puede situarse en un 14% aproximadamente.

La DF es de gran interés para los psicólogos clínicos debido a que es una condición médica asociada altamente a factores psicológicos (Hui, Shiu & Lam, 1991; Folks & Kinney, 1992; Pauli, Herschbach, Weiner & von-Rad, 1992; Vinaccia et al., 2002; Tobón, Vinaccia & Sandín, 2003a; Tobón, Vinaccia & Sandín, 2003b; Tobón, Vinaccia & Sandín, 2004; Tobón, Sandín & Vinaccia., 2005), siendo un estímulo para la intervención de los psicólogos en esta área, permitiendo mejorar la atención a este tipo de pacientes (Rodin & Salovey, 1989). Los factores psicológicos se asocian a los trastornos gastrointestinales, incidiendo en el origen y curso, siendo un efecto de la misma enfermedad, promoviendo conductas que afectan la salud, interfiriendo con el tratamiento, exacerbando los síntomas, y afectando la calidad de vida.

Calidad de vida y enfermedad gastrointestinal

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Ericsson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Hay numerosas evidencias de que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, encontrándose personas con grados importantes de limitación física que consideran su calidad de vida buena (Leplège & Hunt, 1998).

El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores.

Diversidad de estudios han reportado que la calidad de vida está afectada en las personas con DF (Haug et al., 1994; Berstad et al., 2001). En un estudio realizado hace poco en España, se halló una baja calidad de vida en los pacientes con DF (Gutiérrez et al., 2003). Además en esta investigación se encontró que la ansiedad fue predictora de la calidad de vida. El-Serag y Talley (2003) hacen una revisión de los principales estudios sobre la calidad de vida en la DF y concluyen que en general está disminuida.

Implicación de la bacteria *Helicobacter pylori*

La bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 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 DF (Gisbert et al., 1996). Sin embargo, el rol etiológico de la bacteria en la DF 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 8.455 personas de la comunidad con un rango de edad de 40 a 49 años y se les evaluó la posible existencia de *H. pylori*. 2.324 personas estaban infectadas, las cuales se asignaron al azar a tratamiento erradicador (1.161) o placebo (1.163). 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 1.773 (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 *Helicobacter 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). Así mismo, en un estudio realizado sobre la prevalencia de la DF en la comunidad, Kawamura et al. (2001) no encontraron asociación de *H. pylori* con los síntomas de la DF tipo dismotilidad ni con los síntomas de la DF tipo úlcera. A pesar de estos resultados, la bacteria sigue siendo importante

en la DF especialmente en la DF tipo úlcera (Carella et al., 1999), en la cual el dolor epigástrico (síntoma más importante 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 DF, 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 DF tipo úlcera, los factores psicológicos podrían interactuar 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 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.

Estrategias de afrontamiento

Dentro del campo de la psicología, el concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia durante más de 40 años y ha cambiado su sentido según el momento y las personas que lo han estudiado. Según Lazarus y Folkman (1984), se entiende por estrategias de afrontamiento a los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar demandas externas e internas generadoras del mismo, como el estado emocional desagradable que puede llegar a producir.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las

variables personales declaradas como intervinientes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre bienestar psicológico y calidad de vida.

Es posible que el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés lleve a que éste se mantenga en el tiempo sin resolverse, incidiendo en el origen o exacerbación de la DF. Con respecto a este planteamiento se encuentra un estudio reciente realizado por Lee et al. (2000). Estos investigadores examinaron las estrategias de afrontamiento en un grupo de 30 pacientes con DF, comparándolo con un grupo de control de 30 personas sanas. Hallaron que, en comparación con las personas sanas, los pacientes con DF tendían a utilizar un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema. No hubo diferencias significativas en el empleo de otras estrategias de afrontamiento. El resultado de este estudio sugiere que las personas con DF tienden a estar menos orientadas a definir el problema –a generar menos alternativas de solución–, a estar menos orientadas a evaluar las alternativas y a cambiar de actuación acorde con esto, y a estar menos orientadas a obtener bienestar emocional e información de otros.

Apoyo social

La relación entre apoyo social y salud es un campo que se encuentra en proceso de investigación. Las investigaciones realizadas al respecto indican que hay un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud, es decir, no hay duda de que la mala salud está relacionada con la falta o bajos niveles de apoyo (Schwarzer & Leppin, 1989; Sandin, 1999).

El supuesto generalmente asumido es que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad. Cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe y percibe por parte de los parientes, amigos, familia, compañeros de trabajo y comunidad, menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez-Marín, 1995).

La variable apoyo social se encontró que es una de las más utilizadas por la población encuestada como amortiguador de la enfermedad. Esto se corrobora con el estudio realizado por Lee et al. (2000) el cual evaluó la relación entre el apoyo social y la DF. Al respecto, encontraron que los pacientes con DF tuvieron poco apoyo interpersonal.

Personalidad

La evidencia científica apoya la asociación de dos rasgos de personalidad con la DF: la ira-hostilidad y el neuroticismo. En el caso del rasgo ira-hostilidad, se ha

hallado que los problemas interpersonales en los cuales la ira no es expresada, se relacionan con dispepsia (Stockton et al., 1985). Este mismo resultado se obtiene cuando se comparan personas con DF con personas con enfermedades orgánicas, pudiéndose determinar que las personas con DF son más hostiles (Langeluddecke, Goulston & Tennant, 1990). De modo similar, en un estudio reciente realizado por Tanum y Malt (2001) se estudió una muestra de pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales (incluida la DF y el síndrome del colon irritable) y hallaron puntuaciones más elevadas en agresión encubierta en los pacientes con trastornos gastrointestinales que en los sujetos sanos.

Con respecto al *neuroticismo*, Haug et al. (1995) hallaron que las personas con DF tenían niveles más elevados en esta característica de personalidad que personas sanas seleccionadas al azar y ajustadas por género. Resultados similares fueron obtenidos en el estudio de Tanum y Malt (2001). Estos investigadores hallaron altos valores en el rasgo de neuroticismo en personas con trastornos gastrointestinales funcionales (DF o síndrome de intestino irritable) con respecto al grupo control de personas sanas. En un estudio realizado por Haug et al., (1994), el neuroticismo fue uno de los factores asociados con la presencia de síntomas en la DF y explicó el peor tono vagal observado en esta enfermedad. Esto demuestra la importancia de este factor psicológico en la DF.

El propósito de este artículo, pretende la evaluación de variables de personalidad, apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en una muestra de pacientes con diagnóstico con DF.

Método

Participantes

Previo consentimiento informado y participación voluntaria, se trabajó con una muestra no aleatoria de 60 pacientes de la Clínica Medico-Quirúrgica de la ciudad de Medellín (Colombia) diagnosticados con dispepsia no ulcerosa, todos infectados por la bacteria *H. pylori*, según los criterios de Roma II (Talley et al., 2000). Del total de la muestra, 43 eran mujeres (71,7%) y 17 eran hombres (28,3%), con edades que oscilaron entre los 18 y 70 años.

Procedimiento

La Clínica Medico-Quirúrgica de la ciudad de Medellín sirvió como intermediaria para la selección de los 60 pacientes previamente diagnosticados. Antes de la aplicación de los instrumentos, se realizaron reuniones con el médico endoscopista para explicarle el objetivo de la investigación. Luego se aplicaron los instrumentos a los pacientes a quienes se les explicó con el fin de dar la

información pertinente y aclarar dudas (participación y retiro libre y voluntario del proceso, objetivo de la investigación, el procedimiento, inconvenientes y riesgos, grado de confidencialidad, la no generación de beneficio económico y secreto ético), cada uno de los pacientes individualmente contestaron las pruebas con la ayuda de la investigadora principal en un tiempo aproximado de treinta minutos.

Instrumentos

Cuestionario EPQR-A (Sandín et al., 2002). Es una prueba abreviada sobre rasgos de personalidad aplicable a mayores de 18 años. Consta de 24 ítems en un formato de tipo *likert* con cuatro opciones de respuesta que comprenden las siguientes cuatro subescalas: Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad. El alfa de Cronbach de las diferentes sub escalas osciló entre 0,54 y 0,78

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, CAE (Sandín & Chorot, 2003). Es una prueba para mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está conformado por 42 preguntas divididas en 7 subescalas, estas son: 1) Búsqueda de apoyo social (BAS), 2) Expresión emocional abierta (EEA), 3) Religión (RLG), 4) Focalizar en la solución del problema (FSP), 5) Evitación (EVI), 6) Autofocalización negativa (AFN) y 7) Reevaluación positiva (REP). Contiene cinco opciones de respuesta que van de 0, *nunca* hasta 4, *casi siempre*. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre 0,64 y 0,92.

Escala de Apoyo Social, AS (Matud, 1998). Diseñada para la evaluación funcional y global de apoyo social percibido en mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 3 minutos. Está formado por 12 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar. Muestra las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social, y todos los ítems se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0,89.

Cuestionario de Calidad de Vida asociado a la dispepsia, QOLPE-I (Ruiz, et al., 2000). Trata de manera global la calidad de vida relacionada con la dispepsia, presentando una alta fiabilidad alfa de 0,92. Está compuesto por las siguientes cuatro subescalas: Síntomas habituales, Intensidad del dolor, Discapacidad debida al dolor y Satisfacción con la salud. Se puede aplicar tanto en grupo como individualmente y tiene una duración aproximada de 5 minutos.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

	Género		Edad			Escolaridad		
	Hombre	Mujer	18 - 30	31 - 49	50 - 70	Universitario	Secundario	Primaria
Frec. (%)	17 (28,3%)	43 (71,7%)	10 (16,8%)	22 (36,8%)	28 (46,7%)	54 (90%)	5 (8%)	1 (2%)

	Consumo cigarrillo y licor		Consumo gaseosa	Consumo de café	Consumo alimentos irritantes	Práctica deportiva
	Sí	No				
Frec. (%)	17 (28,3%)	43 (71,7%)	27 (45%)	34 (56,7%)	26 (43,3%)	34 (56,7%)
			33 (55%)	26 (43,3%)	34 (56,7%)	26 (43,3%)

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes del estudio. Como se puede observar, algo más de la mitad son mujeres (71,7%), con edades que oscilaron entre los 18 y 70 años, la edad de 52 años se encuentra en el intervalo más representativo con un porcentaje del 10%, aunque se visualiza que las edades en su gran mayoría están ubicadas entre los 50 y 70 años, apreciándose en un 46,7%; es decir, la mayoría son adultos-mayores. El grado de escolaridad de la población encuestada equivale a 54 personas universitarias (90%), 5 personas con secundaria (8%) y 1 persona con básica primaria (2%), indicando un nivel alto (es decir, con educación superior). Se destaca que 43 personas (71,7%) de la población no fuman ni consumen licor; 9 personas, que representan el 15% de la población fumadora, fuman alrededor de 1 a 10 cigarrillos; y 14 personas (23,3%) ingieren licor ocasionalmente. Con respecto al consumo de gaseosa, se destaca que 33 personas (55%) de la población tienen baja ingesta. Se percibe en 34 personas (56,7%) un alto consumo de café y bajo consumo de alimentos irritantes, igualmente existe alta inclinación por la práctica deportiva, con una frecuencia de tres veces por semana u

ocasionalmente, representado por 22 personas de las 60 encuestadas (40,0%).

A continuación en las tablas 2, 3, 4 y 5 se presentan las medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas. Se observa que entre las diferentes variables, hay medidas de tendencia con valores medios y altos en las escalas de las estrategias de afrontamiento, evidenciándose además que la muestra es algo dispersa; igualmente se observan puntuaciones medias en la prueba de EPQR-A y las variables relacionadas con la calidad de vida y salud.

Se aprecia a nivel descriptivo con relación a las medias de los resultados obtenidos, que los niveles de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra estudiada para hacer frente a los diferentes problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida son medio-altos, en las subescalas de:

Focalización de solución a problemas (17,43), donde se destaca que el 10,0% se encuentra en el nivel más alto con una valoración de 16, 20 y 22 puntos. En cuanto a *reevaluación positiva* (16,32) sobresale el mayor valor dentro de las puntuaciones a nivel de frecuencias, representando 11,7% que se sitúa en una valoración de 18 puntos. De otro lado, en la subescala de *evitación* se aprecia un 10,82%,

TABLA 2. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS, CAE

Afrontamiento del Estrés, CAE							
	Focalización de solución a problemas	Autofocalización negativa	Reevaluación positiva	Expresión emocional abierta	Evitación	Búsqueda de apoyo social	Religión
Media	17,43	9,62	16,32	6,60	10,82	14,02	12,53
DT	5,447	5,764	5,454	6,181	6,248	7,160	7,692
Rango	2-24	0-24	4-24	0-22	0-24	0-24	0-24
Alfa	0,705	0,709	0,702	0,705	0,676	0,653	0,656

donde el comportamiento bajo la curva es normal asimétrico hacia la izquierda, de acuerdo a la distribución de frecuencias; un 16% de la muestra tienen una valoración de 11 y 12 puntos, mientras que el resto tiene puntuaciones muy dispersas.

En un nivel medio se encuentra la estrategia de *búsqueda de apoyo social* (14,02) y *Religión* (12,53). En relación a la distribución de frecuencias las puntuaciones frente a las subescalas están dispersas, en la estrategia de *búsqueda de apoyo social* sobresalen porcentajes de 10% en las valoraciones de 15 puntos, ubicándose la mayoría de la muestra en la media, indicando que estas personas tienen buenas redes de apoyo interpersonal, y en cuanto a la subescala de *religión* se encuentran porcentajes de 10,0% en las valoraciones de 8 puntos, mostrando que esta estrategia no es muy utilizada.

En un nivel medio-bajo se encuentra la estrategia de *autofocalización negativa* (9,62%), donde se destaca una valoración de 12 puntos, indicado por un 15%, evidenciándose bajos niveles de desesperanza frente a la enfermedad que les aqueja.

Por último, en el nivel más bajo se encuentra la estrategia de *expresión emocional abierta* (6,60), donde se perciben porcentajes de 16,7% en las valoraciones de 0 puntos y porcentajes de 18,3% en valoraciones de 4 puntos respectivamente, indicando que la mayoría de la muestra presenta escasas manifestaciones emocionales negativas asociadas a ira y hostilidad.

A nivel descriptivo con relación a las medias de los resultados del cuestionario de calidad de vida asociado a la dispepsia, QOLPE-I, se observa un comportamiento

simétrico bajo la curva normal, donde se ubica el promedio de la muestra para *intensidad de síntomas habituales* (2,87), *intensidad del dolor estomacal* (6,53), *interferencia por dolor* (4,32) y *satisfacción con su salud* (2,40), indicando un grado de molestia no muy intenso en cada una de las variables.

Con respecto a la distribución de frecuencias en la dimensión de *intensidad de síntomas habituales* las puntuaciones en su mayoría son bajas, véase un porcentaje de 48,3% de la muestra. Algo similar ocurre con la dimensión de *interferencia por dolor*, donde 46,7% de la muestra presenta síntomas moderados. Por lo contrario en la dimensión de *intensidad del dolor estomacal* hay una tendencia hacia el aumento en las puntuaciones, es decir, 58,4% presenta síntomas medio altos en cuanto al dolor de estómago. Finalmente, con relación a la dimensión de *satisfacción con su salud* se observa que la gran mayoría de la muestra (95,0%) está satisfecha con su salud.

En términos generales se observa que la mitad de la muestra tiende a manifestar síntomas o malestar con relación al dolor, mas sin embargo se evidencia una adecuada percepción respecto a la satisfacción de su estado de salud, posibilitándoles la realización de las actividades cotidianas y a su vez mitigar la percepción de dolor.

En relación al cuestionario EPQR-A que mide rasgos de personalidad, se aprecian las medias para las subescalas de *neuroticismo* (3,12), *extraversión* (0,85), *psicoticismo* (3,18) y *sinceridad* (4,38), en donde la distribución de frecuencias se visualizan porcentajes de 26,7% en las valoraciones de 6 puntos frente a la variable *neuroticismo*, ubicándose la mayoría de la muestra por

TABLA 3. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LA DISPEPSIA, QOLPE-I

Calidad de vida, QOLPE-I				
	Intensidad de síntomas habituales	Intensidad del dolor estomacal	Interferencia por dolor	Satisfacción con su salud
Media	2,87	6,53	4,32	2,40
DT	0,812	2,012	2,777	0,785
Alfa	0,675	0,683	0,677	0,679

TABLA 4. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL CUESTIONARIO EPQR-A

Cuestionario EPQR-A				
	Neuroticismo	Extraversión	Psicoticismo	Sinceridad
Media	3,12	0,85	3,18	4,38
DT	2,164	1,233	0,854	1,136
Rango	0-6	0-6	0-6	0-6
Alfa	0,691	0,686	0,679	0,677

encima de la media. A diferencia de lo anterior, se observan porcentajes de 48,3% en las valoraciones de 0 puntos frente a la variable *extraversión*, indicando nula manifestación de este rasgo en la muestra y de un 45% en las valoraciones de 3 puntos en la variable *psicoticismo*, indicando poca presencia de este rasgo.

A nivel general se visualiza que la variable *neuroticismo* es el rasgo de personalidad más sobresaliente en los pacientes con dispepsia respecto a las variables *extraversión* y *psicoticismo* que tienen bajas valoraciones. Finalmente se aprecian porcentajes de 50% en las valoraciones de 5 puntos, donde se observa alta sinceridad dentro de la muestra con relación al cuestionario EPQR-A.

Respecto a la escala de Apoyo Social (AS) se visualiza -en relación a las medias- muy alto apoyo social en toda la muestra, donde sobresalen respecto a la distribución de frecuencias porcentajes que superan el 50% en valoraciones de 3 puntos, indicando que estas personas tienen a alguien que los escuche cuando desean hablar (76,7%), que los consuele cuando están tristes (75%) o a quien recurrir cuando tienen problemas económicos (65%), laborales (66,7%), familiares (68,3%) y de pareja, (53,3%). Se observa, que consideran que tienen a alguien con quien pueden ser realmente ellos mismos (51,7%), que pueden contar con alguien si lo necesitan (76,7%) o cuentan con alguien cuando necesitan ayuda para sentirse más relajados/as cuando están bajo presión o tensión (75%). Además, perciben que tienen con quien salir de la casa, si desean hacerlo (78,3%); que tienen quien les de información o consejo para resolver los problemas (78,3%) y tienen alta credibilidad en que hay personas que los quieren realmente (81,7%).

Discusión

A nivel general, en la presente investigación se encontraron altos niveles de calidad de vida en todas las sub-escalas de la prueba QOLPE-I. Según análisis de literatura se ha encontrado que existe un deterioro de la calidad de vida, de las personas con dispepsia, la cual no

se encontró en este estudio al compararse la validación estadística del QOLPE-I, con los resultados arrojados en la investigación, concluyéndose que la población evaluada tiende a mostrar un mayor número de quejas frente al dolor. Pero según nuestros resultados, este síntoma doloroso no interfiere en el desarrollo de actividades cotidianas, y correlaciona con una elevada satisfacción hacia la salud, en las personas que en el presente estudio padecen dispepsia no ulcerosa.

Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen la enfermedad y como estas afectan o no su calidad de vida. Según estudios desarrollados por Bixquert (2004) en España, las variables sociodemográficas juegan un papel importante en el desarrollo de la dispepsia, demostrando que las edades de las personas que experimentan esta enfermedad oscilan entre los 15 y 30 años, a diferencia de la muestra estudiada en Medellín y su área metropolitana, donde la enfermedad se manifiesta en edades más tardías (50-70 años de edad).

El género es otra variable que se relaciona con los síntomas de la dispepsia. La mayor frecuencia encontrada en mujeres que en hombres por Naliboff, Heitkemper, Chang y Mayer (2000), concuerda con los datos de nuestra investigación. Aunque tradicionalmente se ha considerado que el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el ingerir fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y el comer de forma irregular se asocian al origen y curso de la DF, la evidencia científica en este campo es contradictoria. En nuestro estudio la gran mayoría (el 71,7%) de la población no consume cigarrillos y utiliza bajas cantidades de alcohol y alta ingesta de café, a diferencia del consumo de alimentos irritantes, donde la ingesta es también irregular. Con relación a la práctica del deporte se estima que el 40% de la muestra realiza prácticas deportivas tres veces por semana.

Con respecto a la variable *estrategias de afrontamiento* se encuentra que los pacientes con dispepsia utilizan adecuadas estrategias de afrontamiento, lo cual no coincide con lo encontrado por Cheng, Hui y Lam (2000) y Lee et

TABLA 5. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA ESCALA DE APOYO SOCIAL (AS)

Apoyo Social (AS)												
	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	AS6	AS7	AS8	AS9	AS10	AS11	AS12
Media	2,67	2,58	2,33	2,25	2,43	1,95	1,83	2,67	2,63	2,65	2,57	2,77
DT	0,681	0,809	1,020	1,202	0,963	1,254	1,342	0,729	0,758	0,777	0,927	0,533
Rango	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Alfa	0,825	0,840	0,842	0,826	0,824	0,834	0,849	0,848	0,832	0,835	0,849	0,835

al. (2000), quienes plantearon que los pacientes con síntomas dispépticos tienen apreciaciones inadecuadas sobre la propia salud y utilizan estrategias de afrontamiento negativas.

Es posible que el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés lleve a que éste se mantenga sin resolverse, incidiendo en el origen o exacerbación de la DF. En un estudio realizado por Cheng, Hui y Lam (2000) se halló que las personas con DF se caracterizaron por tener un estilo de afrontamiento orientado a la acción, de tipo no discriminativo respecto a los sucesos estresantes de diferente extensión y controlabilidad, en comparación con las personas con reumatismo y personas sanas, quienes tendieron a usar estrategias de afrontamiento más discriminativas respecto a los sucesos vitales estresantes.

Las estrategias de afrontamiento también fueron estudiadas en otro trabajo realizado por Lee et al. (2000). Estos investigadores examinaron las estrategias de afrontamiento en un grupo de 30 pacientes con DF, comparándolo con un grupo control de 30 personas sanas. Hallaron que, en comparación con las personas sanas, los pacientes con DF tendían a utilizar un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, igualmente no hubo diferencias significativas en el empleo de otras estrategias de afrontamiento. A diferencia, en este estudio se encontró que la mayoría de la muestra utiliza con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de *focalización de solución a problemas, reevaluación positiva y evitación*.

Otros autores como Mabe, Hobson, Jones y Harvis (1988) han indicado que los pacientes con un estilo de afrontamiento de orientación hacia la enfermedad e inhibición afectiva tienden a presentar dispepsia. Al igual que en el presente estudio, donde los pacientes presentaron baja manifestación en la variable de expresión emocional, la DF parece asociarse a la presencia de inhibición afectiva.

En esta investigación los pacientes con dispepsia funcional percibieron un alto apoyo social ya que pertenecen a la subcultura andina de la montaña, es decir, viven dentro de redes familiares compuestas por grupos humanos numerosos que dan y reciben apoyo en el transcurso de sus vidas. Es así como el impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculada a la situación social, cultural y económica de los pacientes, incidiendo de manera significativa en la calidad de vida de estas personas (Vinaccia et al., 2004). A diferencia del estudios realizados por Alvear (1994) y Lee et al. (2000), quienes encontraron que los pacientes con DF tuvieron poco apoyo interpersonal.

Las variables de personalidad han sido muy estudiadas. Con relación a la subescala de *neuroticismo*,

Haug (2002) halló que las personas con DF tenían niveles más elevados en esta característica de personalidad con respecto a muestras de personas sanas, encontrándose resultados similares en el estudio de Tanum y Malt (2001). En un estudio realizado por Haug et al. (1994), el neuroticismo fue uno de los factores asociados con la presencia de síntomas en la DF, demostrándose la relevancia de este factor psicológico en la DF.

Comparando los resultados de nuestra investigación con los datos de Sandín et al. (2002), encontramos que las puntuaciones difieren de la obtenida en el estudio español con una muestra normal, concluyéndose, como se ha visto en anteriores estudios, que el neuroticismo es un rasgo que predomina en los pacientes que presenten dispepsia (Haug et al. 1995; Tanum & Malt, 2001).

Por otro lado, de acuerdo con los datos de anteriores investigaciones (Haug et al., 1994; Berstad et al., 2001), existe deterioro de la calidad de vida en las personas con dispepsia, lo cual no se comprobó en nuestro estudio. Aunque en nuestro estudio se concluye que la muestra evaluada tiende a mostrar elevado número de quejas frente al dolor, según los resultados obtenidos este síntoma doloroso no interfiere en el desarrollo de sus actividades cotidianas, lo que se podría relacionar con la alta satisfacción en la salud que tienen las personas que padecen dispepsia en nuestra población.

Referencias

- Alvear, M. (1994). Enfermedades gastrointestinales, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Berstad, A., Olafsson, S., Tefera, S., Hatlebakk, J. G., Gilja, O. H. & Hausken, T. (2001). Controversies in dyspepsia. *European Journal of Surgery (Suplement)*, 586, 4-11.
- Bixquert J, M. (2004) Dispepsia funcional, información al paciente. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 96, 427-432
- Carella, A. M., Bianco, G., D'Alessandro, V., Villella, M., D'Amico, G., Mazzocchi, G., Sperandeo, M., Annese, M. A. & Sabella, G. (1999). Dispepsia y *Helicobacter pylori*. *La clínica terapéutica*, 150, 67-76.
- Cheng, C., Hui, W. & Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology*, 19, 146-154.
- Danesh, J., & Pounder, R. E. (2000). Eradication of *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *The Lancet*, 355, 766-767.

- El-Serag, H. B. & Talley, N. J. (2003). Health-related quality of life in functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 18, 387-393.
- Folks, D. G., & 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. & 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?* (pp. 159-177). Barcelona: Prous Science.
- Gutiérrez, A., Rodrigo, L., Riestra, S., Fernández, E., Cadahia, V., Tojo, R., Fuentes, D., Nino, P. & 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., Svebak, S., Wilhelmsen, I., Berstad, A. & Ursin, H. (1994). 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. (2002). [Dispepsia funcional. Una enfermedad psicosomática]. Funksjonell dyspepsien psykosomatisk sykdom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122, 1218-1222. (Original en noruego)
- Holtmann, G., Gschossman, J., Holtmann, M., & 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., & 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.
- Jan, C. M. & 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.
- Jess, P. & Bech, P. (1994). The validity of Eysenck's neuroticism dimension within the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in patients with duodenal ulcer. The Hvidovre Ulcer Project Group. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 168-175.
- Jones, R. H., Lydeard, S. T., Hobbs, F. D. R., Kenkre, J. E., Williams, E. I., Jones, S. J., Repper, J. A., Caldow, J. L., Dunwoodie, W. M. & Bottomley, J. M. (1990). Dyspepsia in England and Scotland. *Gut*, 31, 401-405.
- Kawamura, A., Adachi, K., Takashima, T., Murao, M., Katsube, T., Yuki, M., Watanabe, M. & 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.
- Koelz, H. R., Arnold, R., Stolte, M., Fischer, M., & 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.
- Koloski, N. A., Talley, N. J. & Boyce, P. M. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1340-1349.
- Langeluddecke, P., Goulston, K., & Tennant, C. (1990). Psychological factors in dyspepsia of unknown cause: A comparison with peptic ulcer disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 215-222.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer.
- Lee, S. Y., Park, M. C., Choi, S. C., Nah, Y. H., Abbey, S. E. & Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 93-99.
- Leplég, E. A. & Hunt, S. (1998). El problema de la calidad de vida en medicina. *Jama*, 7, 19-23.
- Locke, G. R. (1998). Prevalence, incidence and natural history of dyspepsia and functional dyspepsia. *Bailliere's Clinical Gastroenterology*, 12, 435-442.
- Mabe, P., Hobson, D., Jones, R. & Harvis, R. (1988). Hypochondriacal traits in medical inpatient. *General Hospital Psychiatry*, 10, 236-244.
- Matud, P. (1998). Escala de apoyo social. Trabajo no publicado. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Moayyedi, P., Feltbower, R., Brown, J., Mason, S., Mason, J., Nathan, J., Richards, I. D., Dowell, A. C. & 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.
- Naliboff, B., Heitkemper, M., Chang, L. & Mayer, E. (2000). Sex and gender in irritable bowel syndrome. En R. Fillingim (Ed.) *Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management*. New York: Wiley.
- Panganamamula, K. V., Fisher, R. S. & Parkman, H. P. (2002). Functional (non-ulcer) dyspepsia. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 5, 153-160.

- Patrick, D. & Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pauli, P., Herschbach, P., Weiner, H. & von-Rad, M. (1992). [Factores psicológicos en la dispepsia no ulcerosa] Psychologische Faktoren der Non-Ulcer Dispepsia (NUD). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinisch Psychologie*, 42, 295-301.
- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
- Ruiz, M., Villasante, F., León, F., Gonzales, V. & Gonzales, C. (2000). 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*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo, M. & Santed, M. A. (2002). Versión española del EPQR-A Abreviado (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7, 207-216.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8, 39-54.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989): Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15.
- Stockton M, Weinman J. & McColl, I. (1985). An investigation of psychosocial factors in patients with upper abdominal pain: a comparison with other groups of surgical outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 191-198.
- Talley, N. J., Stanghellini, V., Heading, R. C., Koch, K. L., Malagelada, J. R. & Tytgat, G. N. (2000). Functional gastroduodenal disorders. En D. A. Drossman, E. Corazzari, N. J. Talley, W. Grant Thompson & W. E. Whitehead (Eds.), *Rome II: The functional gastrointestinal disorders* (2nd ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.
- Tanum, L. & Malt, U. F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 139-146.
- Tobón, S., Vinaccia, S. & Sandín, B. (2003a). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 2, 223-234.
- Tobón, S., Vinaccia, S. & Sandín, B. (2003b). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional: un análisis crítico. *Terapia psicológica*, 21, 173-182.
- Tobón, S., Vinaccia, S. & Sandín, B. (2004). 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., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales: Psicopatología y tratamientos psicológicos*. Madrid: Klinik.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B. & Martínez-Sánchez, F. (2002). Efectos de un programa psicoterapéutico, combinado a una terapia farmacológica en el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de sujetos con dispepsia no ulcerosa (DNU). *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 16, 187-192.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Juárez, F. & Anaya, J. M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-103.
- Wills, T. A. (1998). Social Support. En E. A. Blechman & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 118-128). New York: Wiley.