



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton; Amador, Omar; Tamayo, Ruht Estela; Vásquez, Aída;
Contreras, Francoise; Tobon, Sergio; Sandin, Bonifacio
Calidad De Vida, Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable
Terapia Psicológica, vol. 23, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 65-74
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523207>

- 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, Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable

Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients Diagnosed with Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Stefano Vinaccia*
Hamilton Fernández
Omar Amador
Ruht Estela Tamayo
Aída Vásquez

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Francoise Contreras
Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia

Sergio Tobon
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Bonifacio Sandin
Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

(Rec: 25 sept. 2005 – Acep: 30 nov. 2005)

Resumen

El propósito de este estudio fue evaluar la calidad de vida, ansiedad y depresión en 73 personas diagnosticadas con Síndrome de Colon Irritable (SCI) y observar si existe relación entre estas variables. Para ello se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF36 y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria HAD. No se observó un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes probablemente debido a que algunas dimensiones que han demostrado tener un impacto importante sobre ella, se encontraban altamente preservadas. Por otro lado la ansiedad y depresión se relacionaron significativamente con algunas dimensiones de la calidad de vida de estos pacientes. Los resultados encontrados confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes con SCI, no solo por las puntuaciones obtenidas en estas escalas sino por la correlación entre ellas, que consolidan un patrón de calidad de vida particularmente asociado a factores cognitivos, emocionales y sociales.

Palabras clave: Síndrome de colon irritable, calidad de vida, ansiedad, depresión.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate quality of life, anxiety, and depression in 73 patients diagnosed with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and to establish whether there was a relationship between them. The SF36 questionnaire and the HAD anxiety and depression scale were used. No severe deterioration in the quality of life of these patients was observed, maybe be due to the fact that some dimensions that have shown to have a great impact on it were highly preserved. The relationship between anxiety and depression and some of the quality of life dimensions in these patients was significant. These results confirm the relevance of considering the psychological factors present in the perception of the quality of life in patients with IBS. This, not only based on the results obtained on these scales, but also on the correlation among them, which consolidate a pattern of quality of life particularly associated to cognitive, emotional, and social factors.

Key Words: irritable bowel syndrome, quality of life, anxiety, depression

* Correspondencia: Email: vinalpi47@hotmail.com

Introducción

En las últimas décadas, las investigaciones sobre calidad de vida en pacientes crónicos han aumentando vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de este tipo de trastornos, como por su carácter permanente, que obliga a cambios importantes en los hábitos y estilos de vida (Vinaccia, Tobón, Moreno, Cadena & Anaya 2005a; Vinaccia et al., 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacios, Marín & Tobón, 2005c).

Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Por sus características, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico –acompañado de ansiedad, miedo y desorientación– (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

Una de estas enfermedades crónicas es el síndrome de colon irritable (SCI), el cual es un desorden ampliamente extendido en la población mundial (Tobon, Sandin & Vinaccia, 2005a; Tobon, Sandin & Vinaccia, 2005b; Tobon, Vinaccia & Sandin, 2004).

El SCI representa entre 2,4 y 3,5 millones de visitas médicas anuales en los Estados Unidos (Everhart & Renault, 1991), convirtiéndose en uno de los diagnósticos más comunes en gastroenterología. Además, se calcula que aproximadamente el 28% de los pacientes que consultan a los gastroenterólogos tienen SCI. El coste indirecto del SCI para el sistema de salud es significativo (Cash & Chey, 2003) y se calcula que en los Estados Unidos el coste promedio de atención es de 300 millones de dólares por año, atención que es más costosa que la brindada a otros pacientes con enfermedades gastrointestinales no irritables o no funcionales. Debido a la alta prevalencia de este trastorno, su impacto en la alteración de la calidad de vida y los altos costes económicos que representa para el sistema sanitario, actualmente es una de las enfermedades gastrointestinales que más atención está recibiendo por parte de los clínicos, los investigadores y los laboratorios que fabrican productos farmacéuticos (Talley & Spiller, 2002).

El término de *colon o intestino irritable* fue probablemente acuñado en 1944 por Peters y Barger (1944). En general, el SCI se define como un trastorno intestinal de naturaleza funcional dado por dolor o malestar abdominal asociado con un cambio en los hábitos intestinales (estreñimiento o diarrea) (Drossman et al., 2000). Recientemente, se ha planteado la controversia respecto de si el SCI es

una entidad médica independiente o forma parte de un síndrome funcional general, junto con otros trastornos tales como la dispepsia funcional y el reflujo gastroesofágico funcional. Frente a este asunto, los estudios sobre agrupamiento de síntomas gastrointestinales han podido constatar que hay una serie de síntomas que tienden a agruparse en un factor común, correspondiente con el SCI (Camilleri, Heading & Thompson, 2002), por lo que puede decirse que este trastorno es un problema médico independiente.

Dado que no se conoce con claridad el mecanismo patofisiológico que justifica el síndrome (Drossman et al., 2000), es importante hacer un diagnóstico diferencial, y descartar otras enfermedades con síntomas similares tales como la enfermedad diverticular, o la enfermedad inflamatoria intestinal (Thompson, 2002). Una explicación postula que el síndrome puede deberse a una falla en la regulación entre el sistema nervioso central y el sistema nervioso entérico, sin embargo los análisis de laboratorio no han apoyado esta hipótesis (Mach, 2004).

Se han documentado algunos factores desencadenantes asociados con la aparición de los síntomas, entre ellos están los cambios vitales, los conflictos laborales, las dificultades económicas o interpersonales, el consumo de ciertos alimentos (Bernstein, 2002), la ingesta de fármacos y el abuso de sustancias psicoactivas (Hahn, Kirchdoerfer, Fullerton & Mayer, 1997), algunos factores hormonales (Drossman, et al., 1988) e incluso estados psicológicos como ansiedad, pánico, depresión, autoexigencia, frustración, baja autoestima, necesidad de aprobación social y rigidez para el cumplimiento de las normas sociales, entre otros (Drossman, 1997).

Diversos estudios señalan también, la presencia de alteraciones psicológicas entre estos pacientes; se ha encontrado que estas personas manifiestan conductas de ansiedad, depresión y fobias con mayor frecuencia que la población general y que los pacientes con enfermedad digestiva orgánica (Drossman et al., 1993; Drossman, 1995). De igual forma, los individuos que consultan por problemas intestinales suelen referir alteraciones emocionales, muestran mayor preocupación por su salud, valoran más negativamente su estado físico, y exhiben más conductas de enfermedad que otro tipo de pacientes, lo que puede asociarse con la calidad de vida percibida (Drossman, 1999). Distintos estudios coinciden al señalar que la calidad de vida de los sujetos con trastornos funcionales gastrointestinales es inferior a la de los pacientes con enfermedad orgánica (Drossman, Sandler, McKee & Lovitz, 1982).

La calidad de vida es un concepto complejo que incluye el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003). En este sentido, se asume que la calidad de vida tiene componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad). Dentro de este contexto, surge el concepto de cali-

dad de vida relacionada con la salud, aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total (Vinaccia, 2005). Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (Schwartzmann, 2003).

Independientemente de los factores culturales, el síndrome de intestino irritable afecta la calidad de vida de los pacientes, principalmente por su incidencia en los ámbitos cotidianos, como el laboral, social, sexual, actividades domésticas y ocio, entre otras (Tobon, Sandin & Vinaccia, 2005), existe evidencia sobre el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes en cuanto suele constituir un factor limitante a nivel social (Drossman, et al., 2000). Al parecer la calidad de vida no se ve deteriorada solamente por la severidad de los síntomas, sino por su relación con factores psicosociales, que son los predictores más importantes de la calidad de vida en estos pacientes (Tobon, Sandin & Vinaccia, 2005).

Se ha encontrado que en los pacientes con Síndrome de Colon Irritable, el detrimento en la calidad de vida suele deberse principalmente a limitaciones en la función física, social, rol emocional y vitalidad (Locke, Yawn, Wollan & Lydick, 1999; Hahn, et al., 1997), esta última más afectada en la población masculina (Thompson, 2002). Talley, Owen, Óbice y Patterson (1996) encontraron que el dolor constituye la condición que más afecta la calidad de vida en estos pacientes (principalmente en mujeres), en cuanto que representa disminución en su capacidad laboral en términos de funcionamiento cotidiano y social (Whitehead et al., 1982).

Hahn et al., (1997) sostienen que con el aumento de la severidad de los síntomas, la salud mental y el rol emocional se ven más afectados, lo que influye de manera importante en el bienestar percibido de estos pacientes. Una percepción de calidad de vida deteriorada, se asocia a una deficiente satisfacción con respecto a la salud mental, un débil control frente a sus emociones, y altos niveles de ansiedad y depresión (Gralnek et al., 2000); estas emociones negativas suelen ser habituales en estos pacientes, debido en gran medida al curso incierto del trastorno (Tobon, Sandin & Vinaccia, 2005). Drossman et al., (2000) argumentan que es probable que los factores emocionales como el miedo, el agotamiento, la preocupación y el cansancio contribuyan a un reducido repertorio dentro de las actividades del individuo que padece SCI.

En este sentido, la depresión y la ansiedad en los pacientes con SCI, pueden deberse en parte al impacto negativo de esta enfermedad crónica sobre la calidad de vida percibida (Drossman, 1995). La depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad crónica; esta reacción aparece habitualmente de forma retardada, ya que debe pasar un cierto tiempo hasta que los individuos comprendan todas las implicaciones que tiene su condición de enfermos crónicos (Lazarus & Folkman, 1986).

En algunos pacientes crónicos la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión, desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades; en estos casos, los pacientes deben recibir una intervención psicológica para tratar este problema (Rodríguez-Marín, 1995). Las teorías cognitivas por su parte, suponen que ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, curso y remisión de la depresión, tras un suceso vital que suponga una pérdida, privación o un fracaso, lo cual es frecuente en los pacientes crónicos (Brannon & Feist, 2001). Los pacientes con SCI suelen puntuar más alto en ansiedad que en depresión, sin embargo ambas variables pueden actuar como catalizadores para que un paciente con Síndrome de Intestino Irritable busque asistencia médica, más que ser la causa del síndrome (Walker et al., 1990).

La ansiedad, por su parte, puede ser considerada como un factor de riesgo en tanto pueda distorsionar la conducta del paciente, su relación con el personal médico, con su propia familia, e incluso influir negativamente en el cumplimiento de las prescripciones médicas (Chakraborti et al., (1996)). Walker et al., (1990) afirman que la falta de información, los síntomas físicos y la carencia de educación del paciente respecto al síndrome, dan lugar a menudo a una creciente ansiedad. Para reducir estos estados de ansiedad, la relación del personal de salud con el paciente suele ser muy importante. Bernstein (2002) afirma que el personal de salud debe disminuir y eliminar incertidumbres y temores explicando al paciente la naturaleza de la enfermedad, educar sobre los síntomas y dar esperanza en mejorarlos, aclarando que el SCI es una condición crónica y recurrente. No obstante en ocasiones el personal de salud suele sentirse poco preparado para ayudar a los pacientes a manejar estas reacciones emocionales (Moos & Schaefer, 1984).

Método

Se utilizó un diseño correlacional, en el que se estudian las características de las dimensiones de calidad de vida de los pacientes, y sus niveles de ansiedad y depresión. Se realizaron análisis correlacionales para observar si existía relación entre dichas dimensiones y la presencia de ansiedad y depresión en esta población.

Participantes:

Se trabajó con una muestra no probabilística de 73 pacientes con diagnóstico diferencial de SCI, de los cuales el 86,3% eran mujeres y el 13,7% eran hombres, que asistían a consulta externa a un centro médico de la ciudad de Medellín (Colombia).

Instrumentos

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coeficiente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de salud SF 36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Sherbourne, 1992). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico; sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso, Prieto & Anto, 1995; Alonso et al., 1998).

El SF 36 evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensi-

dad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

Procedimiento:

Los pacientes, quienes acudían a consulta externa en centro médico de la ciudad de Medellín, eran informados acerca de los objetivos de la investigación previo diagnóstico médico. Una vez recibida la información se solicitaba a los pacientes el consentimiento para participar en la investigación, comentándoles acerca del secreto ético de la información, que no obtendrían remuneración económica por su participación y se les recordó que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran.

Una vez obtenido el consentimiento informado, se relleno la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaba los dos instrumentos a aplicar (SF36 y HAD). En general, los pacientes requirieron poca ayuda y orientación para contestar los instrumentos, debido a su buen nivel educativo.

Resultados:

Como se puede observar, en la Tabla 1, la muestra estuvo conformada principalmente por personas menores de 50 años (78%), mayoritariamente mujeres (86,3%). A nivel socioeconómico se observa que el 61,6% de la muestra pertenecía a un estrato medio-alto y alto, mientras que el 38,4% pertenecen a un estrato medio-bajo. Acorde con lo anterior, el 63% han realizado estudios superiores a la educación media, un porcentaje muy reducido de ellos se encuentran desempleados (4,1%). Cerca del 80% de la muestra está ubicada por igual en la categoría de solteros y casados, un porcentaje reducido pertenece a un estado civil diferente.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los 73 participantes

		Frec.	(%)
Género	Mujer	63	(86,3)
	Hombre	10	(13,7)
Estado civil	Soltero	29	(39,7)
	Casado	29	(39,7)
	Unión libre	2	(2,73)
	Separado	7	(9,58)
	Viudo	6	(8,21)
Nivel educativo	Primaria	3	(4,1)
	Secundaria	24	(32,8)
	Técnico	13	(17,8)
	Universitaria	30	(41,1)
	Postgrado	3	(4,1)
Estrato	2	5	(6,85)
	3	23	(31,5)
	4	16	(21,9)
	5	21	(28,7)
	6	8	(10,9)
Edad	19–32	33	(45,2)
	33–50	24	(32,8)
	51–75	16	(21,9)
Ocupación	Ama de Casa	17	(23,2)
	Estudiante	5	(6,85)
	Empleado	48	(65,7)
	Desempleado	3	(4,1)

Los resultados obtenidos en el SF36 permiten describir la calidad de vida de los pacientes, con respecto a cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento. En la tabla 2 se pueden apreciar las medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas.

Tal como se observa en la Tabla 2, a nivel descriptivo se evidencia que la función física obtiene la puntuación más alta de todas las dimensiones del SF36, lo que indica que esta función no se ve seriamente limitada por la presencia de la enfermedad. La puntuación media de la dimensión rol físico es algo inferior a la anterior (74,3), sin embargo atendiendo a la distribución de frecuencias, el 61,6% puntúa en el nivel máximo de la escala (100), lo que explica los valores en las medidas de tendencia central (mediana y moda). El 30% de la muestra obtiene puntuaciones de 50 e inferiores en esta dimensión.

Tabla 2
Valores normativos correspondientes a las diferentes dimensiones del SF 36

	Función física	Rol Físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	81,7	74,3	60,3	54,9	56,3	69	62,1	60,3
Mediana	90	100	62	52	55	75	100	60
Moda	100	100	62	52	40	63	100	52
DT	23,22	37,49	20,98	21,20	24,82	27,41	43,50	21,56

Con respecto a la dimensión de dolor corporal, se observa una puntuación más baja (60,3) y se aprecia que las personas tienden a agruparse principalmente en puntuaciones bajas y medias. Solo el 19,2% de los participantes obtuvieron puntuaciones altas en la escala (superiores o iguales a 80), lo que indica que se trata de un grupo de personas en las que el dolor, aunque no los incapacita, sí esta presente en una alta proporción de pacientes.

En la dimensión de salud general se obtienen las puntuaciones más bajas (54,96), y muestra un comportamiento bajo la curva normal y bastante simétrico. El 43,8% de las personas puntuaron 50 o menos en la escala, el 36,9% obtuvo puntuaciones superiores a 50 pero inferiores o iguales a 75, solo el 19,3% obtuvo puntuaciones superiores a 75 en la escala. Como cabría esperar de acuerdo con lo anterior, la variable vitalidad tuvo un comportamiento si-

milar, su puntuación media también fue baja (56,3), el 48% de la muestra obtuvo puntuaciones iguales o inferiores a 50, el 35,6% obtuvo puntuaciones mayores de 50 y menores o iguales a 75, puntaje superado solo por el 16,3% de los participantes. De acuerdo con distribución de frecuencias, el grupo de personas de la muestra manifiestan en una proporción importante, sentimientos de cansancio y agotamiento.

En la función social las puntuaciones fueron relativamente altas (69.01); el 80,8% de los participantes obtuvieron puntajes iguales o superiores a 50, agrupándose principalmente en los puntajes superiores o iguales a 63. Al parecer se trata de una población en la que se percibe que los problemas de salud física o emocional no interfieren de manera importante en la vida social de estas personas. Acorde con estos resultados, la dimensión rol emocional obtuvo un puntaje medio de 62.1, más de la mitad de los participantes (52%) obtienen el puntaje máximo en la escala,

(100), lo que indica que para ellos, los problemas emocionales no interfieren gravemente en su trabajo u otras actividades diarias, mientras que el 48% percibe interferencia, en mayor o menor proporción.

Finalmente, con respecto a la salud mental, que incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y control emocional, se observa un puntaje promedio bajo (60,33), muy similar al obtenido en la dimensión de dolor corporal. En esta variable, la distribución de frecuencias es bastante simétrica, el 54,8% de los participantes obtuvieron puntajes iguales o inferiores a 60 en la escala, el restante 45,2% supera esta puntuación, observándose valoraciones dispersas en toda la escala. En general se observa que cerca de la mitad de la población determina que su salud mental se encuentra afectada en mayor o menor proporción.

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones obtenidas en ansiedad y depresión, evaluadas a través de la escala HAD.

Tabla 3
Valores normativos obtenidos en la escala HAD

Sub-escalas HAD	Media	Mediana	Moda	Desviación típica
Ansiedad	9,62	9,00	8	2,88
Depresión	4,67	4,00	1	3,55

Como se aprecia en la Tabla 3, la media de las puntuaciones obtenidas en la sub escala de ansiedad fue de 9,62, la cual ubica a la muestra en el rango de 8–10, que indica a nivel general, que se trata de una población que aunque no tiene un trastorno definido de ansiedad, tampoco carece de ella; este rango corresponde a casos dudosos de ansiedad. En la sub-escala de depresión, por su parte, se observa un descenso importante en las puntuaciones, su media fue de

4,67, que ubica a la muestra en el rango de 0–7, que corresponde a ausencia del trastorno.

La escala HAD, provee unos rangos de puntuación para sospechar si el trastorno ya sea de ansiedad o depresión está ausente, es dudoso, o está presente (0–7, 8–10, 11–21, respectivamente). En la Tabla 4 se presenta la distribución de la población en cada una de estas categorías.

Tabla 4
Distribución de los participantes en las categorías de la escala del HAD

Sub-escala HAD	Trastorno ausente	Casos dudosos	Trastorno presente
Ansiedad	19 (26%)	28 (38,3%)	26 (35,5%)
Depresión	56 (76,7)	13 (17,8)	4 (5,5%)

Con respecto a la ansiedad, el puntaje mínimo obtenido fue 4, ninguna persona superó el puntaje 19 en ansiedad. Se observa una distribución similar en las tres categorías, alcanzando un porcentaje algo mayor en las categorías de dudoso y presente. En la sub escala de depresión, se observan puntuaciones notablemente más bajas, la población se agrupa de manera importante en el rango de trastorno ausente (76,7%), un pequeño grupo de personas está

en trastorno dudoso, y es mínimo el porcentaje de personas que puntuaron en trastorno presente (5,5%). El rango mínimo fue de 0, ninguna persona superó el puntaje de 15.

Los resultados obtenidos en los instrumentos fueron sometidos a un análisis correlacional para observar el comportamiento de las variables en el estudio. Los resultados de la correlación de Pearson aplicada a las dimensiones de calidad de vida, se presentan en la tabla 5.

Tabla 5
Correlación entre las variables de calidad de vida evaluada por el cuestionario SF 36

	Función física	Rol Físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
F. Física	—	—	—	—	—	—	—	—
R. Físico	—	—	—	—	—	—	—	—
Dolor	—	—	—	—	—	—	—	—
Salud G.	—	—	—	—	—	—	—	—
Vitalidad	—	—	—	—	—	—	0,56	0,61
F. Social	—	—	—	—	—	—	0,52	0,56
R. Emocional	—	—	—	—	—	—	—	0,62
Salud mental	—	—	—	—	—	—	—	—

Se encontraron correlaciones directas y positivas entre algunas escalas del SF36; Vitalidad con rol emocional (0,56) y salud mental (0,61); función social con rol emocional (0,52) y salud mental (0,56); salud mental y rol emocional (0,62).

Posteriormente, las dimensiones de calidad de vida y las variables de ansiedad y depresión fueron también sometidas a un análisis correlacional, en la tabla 6 se presentan estos resultados.

Tabla 6
Correlación entre las dimensiones de calidad de vida evaluada por el cuestionario SF 36 y la ansiedad y depresión, obtenidas mediante la escala HAD

	Función física	Rol Físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
HAD Ansiedad	−0,14	−0,22	−0,33	−0,24	−0,50	−0,45	−0,47	−0,61
HAD Depresión	−0,34	−0,37	−0,37	−0,48	−0,61	−0,53	−0,54	−0,64

La ansiedad correlacionó de manera inversa y significativa con las dimensiones de vitalidad (−0,50), y salud mental (−0,61). También de manera inversa, la depresión correlacionó con las dimensiones de vitalidad y salud mental (−0,61 y −0,64 respectivamente), adicionalmente la depresión correlaciono también de manera inversa con función social (−0,53) y rol emocional (−0,54). La ansiedad y la depresión mostraron una asociación significativa y positiva (0,51).

Discusión

En esta investigación se encontró un deterioro en la calidad de vida de los pacientes con síndrome de colon irritable, tal como ha sido documentado en otros estudios (Gralnek, et al., 2000; Camilleri et al., 2002; Hahn et al., 1997), sin embargo este detrimento no fue severo, lo cual coincide con estudios previos en los que se ha encontrado que los pacientes con este tipo de trastornos exhiben patro-

nes de respuesta menos graves a la enfermedad y menores perturbaciones emocionales asociadas, al compararlos con otros pacientes con trastornos gastrointestinales, como la colitis ulcerativa (Vinaccia et al., 2004). Estos hallazgos, son contrarios a lo planteado por Drossman et al. (1997), quienes afirman que la calidad de vida de los individuos con trastornos funcionales gastrointestinales es inferior a la de otros pacientes con enfermedad orgánica. Al comparar estos resultados con los obtenidos en población sana colombiana de la ciudad de Medellín con el cuestionario SF36 (García & Lugo, 2002), se observan las siguientes relaciones nivel de Medias: función física: 81.7 – 93.9; rol físico: 74.3 – 90.3; dolor corporal: 60.3 – 82; salud general: 54.9 – 84.4; vitalidad: 56.3 – 75.8; función social: 69 – 85.8; rol emocional: 62.1 – 86.3; salud mental: 60.3 – 79.5.

El no encontrar un grave deterioro en la calidad de vida de estos pacientes, como sucede con otras enfermedades crónicas, es probable que se deba por una parte, a las características propias del trastorno, como la benignidad de

los síntomas y la nula posibilidad de muerte debido al síndrome y por otra, a las características diferenciales que adquiere la calidad de vida, de acuerdo con el detrimento que se presente en cada una de las dimensiones que la componen y su relación entre ellas.

En este sentido, el escaso menoscabo en la calidad de vida tiene que ver con que algunas dimensiones que han demostrado tener un impacto importante sobre ella, se encontraban altamente preservadas; tal es el caso de la función y rol físico (Levy, Whitehead, vonKorff & Feld, 2000; Drossman, et al., 2000; Hahn et al., 1997; Whitehead et al., 1982). Estas dos dimensiones obtuvieron puntuaciones altas (81,7 y 74,3 respectivamente), lo que indica que se trata de pacientes que no perciben serias limitaciones frente a actividades físicas cotidianas (incluyendo el autocuidado), ni consideran que su salud física interfiere de manera relevante en su trabajo y demás labores diarias. En concordancia con lo anterior, se encontró que la función social también está conservada en buena medida (69), otro aspecto que ha demostrado tener gran impacto sobre la calidad de vida del paciente crónico (Whitehead et al., 1982).

Con respecto a las dimensiones de calidad de vida más afectadas en estos pacientes, fueron como sigue: salud general (54,9), vitalidad (56,3), salud mental (60,3), dolor (60,3) y rol emocional (62,1); todas ellas dimensiones más relacionadas con características cognitivas con alto contenido emocional, que con capacidades físicas propiamente. Estos hallazgos coinciden con otros estudios en los que se ha encontrado que el rol emocional, la salud mental, la vitalidad y el dolor, son variables que afectan de manera importante la calidad de vida de estos pacientes (Levy et al., 2000; Hahn et al., 1997; Whitehead et al., 1982; Drossman et al., 2000). Estos hallazgos confirman lo planteado por Bennett y Wilkinson (1985), quienes encontraron que el deterioro no se debe solamente a la severidad de los síntomas, sino a su relación con factores psicosociales, que son los predictores más importantes de la calidad de vida en estos pacientes.

La vitalidad y la función social tienen un impacto importante en la calidad de vida en cuanto correlacionaron de manera significativa y positiva tanto con rol emocional, como con salud mental, las cuales a su vez, demostraron correlacionar entre sí. Es decir, a mayor sentimiento de energía y vitalidad y mayor función social, menor es el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y mejor salud mental, es decir, menor depresión, y ansiedad, y mejor control emocional y de la conducta.

Las anteriores correlaciones indican el impacto de los procesos psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de esta población de pacientes con síndrome de intestino irritable, no solo por las puntuaciones obtenidas en estas escalas sino por su correlación entre ellas, que consolidan un patrón de calidad de vida particularmente afectado por factores cognitivos, emocionales y sociales.

Por otra parte, diversos estudios señalan la presencia de trastornos psicológicos entre pacientes con disturbios inflamatorios del intestino, caracterizados por altos niveles de ansiedad y depresión (Solmaz, Kavuk & Sayar, 2003; Chakraborti et al., 1996; Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang & Naliboff, 2003). Incluso con mayor frecuencia que la encontrada en pacientes con enfermedad digestiva orgánica (Roth, 2003), no obstante, contrario a estos resultados pero acorde con las características de calidad de vida de estos pacientes, se encontraron bajos niveles de ansiedad y depresión, lo que redundaba favorablemente en la calidad de vida percibida. Estos resultados coinciden con investigaciones previas realizadas por Vinaccia et al., (2004) en las que se encontró que los pacientes con SCI manifiestan menos niveles de depresión y menor propensión a la ansiedad al compararlos con otro trastorno gastrointestinal con una clara base orgánica como la colitis ulcerativa.

Acorde con lo planteado por Rico, Restrepo y Molina (2005) estos pacientes puntuaron más alto en ansiedad que en depresión (9,62 y 4,67 respectivamente). Sin embargo, vale la pena destacar, que aunque sin considerar que se trate de un diagnóstico claro si se atiende a los rangos que provee la escala HAD, un número importante de pacientes están ubicados en las categoría de trastorno presente de ansiedad (35,5%), aspecto relevante si se tiene en cuenta que la ansiedad se considera un factor de riesgo, en cuanto puede distorsionar la conducta del paciente, afectar su relación con el personal médico, con su familia, e incluso influir negativamente en el cumplimiento de las prescripciones médicas (Solmaz et al., 2003). En este sentido, el reducir estos estados de ansiedad, implica optimizar la relación del personal de salud con el paciente, pues en ocasiones la falta de información y la carencia de educación del paciente respecto al síndrome, dan lugar a menudo a una creciente ansiedad (Hazlett-Stevens et al., 2003).

Bernstein (2002) afirma que el personal de salud debe informar y orientar de manera oportuna al paciente para disminuir o eliminar incertidumbres, explicando la naturaleza de la enfermedad, educar sobre los síntomas y ofrecer recursos para su alivio, aclarando que ésta es una condición crónica y recurrente. No obstante, en ocasiones el personal de salud puede estar poco preparado principalmente para ayudar a los pacientes a manejar sus reacciones emocionales (Moos & Schaefer, 1984).

La importante relación de la ansiedad y la depresión con la calidad de vida de los pacientes con SCI, se aprecia a través de las correlación positiva hallada entre ellas, y por las relaciones inversas encontradas justamente sobre las variables que están afectando la calidad de vida de estos pacientes. A mayor ansiedad menores sentimientos de energía y vitalidad, y mayor detrimento en la salud mental, y a mayor depresión, menores sentimientos de vitalidad, menor función social, rol emocional y salud mental. Estas correlaciones confirman nuevamente el impacto de los as-

pectos emocionales y sociales sobre la calidad de vida de los pacientes con SCI, y confirman su importante asociación con la depresión. En este estudio, la depresión afectó más dimensiones de la calidad de vida que la ansiedad, lo que ha sido ampliamente documentado (Hahn et al., 1997).

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- 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.
- Bernstein, S. (2002). Tratamiento psicológico para el abordaje del síndrome del colon irritable. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66, 154-162.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bennett, P. & Wilkinson, S. (1985). A comparison of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *The British Journal of Clinical Psychology*, 24, 215-216.
- Cash, B.D. & Chey, W.D. (2003). Advances in the management of irritable bowel syndrome. *Current Gastroenterology Reports*, 5, 468-475.
- Camilleri, M., Heading, R.C. & Thompson, W.G. (2002). Consensus report: clinical perspectives, mechanisms, diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 1407-1430.
- Chakraborti, S.K., Dey, B.K., Ghosh, N., Chaudhury, A.N. & Guha Mazumder, D.N. (1996). Objective evaluation of psychological abnormality in irritable bowel syndrome. *Indian Journal of Gastroenterology*, 15, 43-45.
- Drossman, D.A. (1999). El proceso de Roma: diagnosis y legitimización del síndrome irritable del intestino. *Journal of Gastroenterology*, 94, 2803-2807.
- Drossman, D.A., Corraziari, E., Talley, N.J., Thompson, W.G. & Whitehead, W.E. (2000). *Rome II: the functional gastrointestinal disorders* (2ª Ed.). McLean: Degnon.
- Drossman, D.A. (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30, 90-96.
- Drossman, D.A., Li, Z., Andruzzi, E., Temple, R.D., Talley, N.J., Thompson, W.G., Whitehead, W.E., Janssens, J., Funch-Jensen, P. & Corazzari, E. (1993). US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Digestive Diseases and Sciences*, 38, 1569-1580.
- Drossman, D.A., McKee, D.C., Sandler, R.S., Mitchell, C.M., Cramer, E.M., Lowman, B.C. & Burger, A.L. (1988). A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95, 701-708.
- Drossman, D.A., Sandler, R.S., McKee, D.C., & Lovitz, A.J. (1982). Bowel patterns among subjects not seeking health care: use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 83, 529-534.
- Drossman, D.A. (1997). Irritable bowel syndrome and sexual/physical abuse history. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 9, 327-330.
- Everhart, J.E. & Renault, P.F. (1991). Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology*, 100, 998-1005.
- García, H. & Lugo, H. (2002). *Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF36 en instituciones de Medellín*. Tesis de Maestría. Medellín: Facultad nacional de salud pública.
- Gralnek, I.M., Hays, R.D., Kilbourne, A., Naliboff, B. & Mayer, E.A. (2000). The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*, 119, 654-660.
- Hahn, B.A., Kirchdoerfer, L.J., Fullerton, S. & Mayer, E. (1997). Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11, 553-559.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M.G., Mayer, E.A., Chang, L. & Naliboff, B.D. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 501-505.
- Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Levy, R.L., Whitehead, W.E., Von Korff, M.R., y Feld, A.D. (2000). Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 451-556.
- Locke, G.R., Yawn, B.P., Wollan, P.C., & Lydick, E. (1999). The incidence of clinically diagnosed irritable bowel syndrome in the community. *Gastroenterology*, 116, A52.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. En: Moos, R.H. (Ed), *Coping of physical illness*2 (pp3-25). New York: Plenum press.
- Mach, T. (2004). The brain-gut axis in irritable bowel syndrome - clinical aspects. *Medical Science Monitor*, 10, RA125-RA131.
- Peters, G.A. & Bagen, J.A. (1944). The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 3, 399-402.
- Rico, J.L., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Roth, D.A. (2003). *The impact of psychological information on medical recommendations for treating irritable bowel syndrome*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 63, 6105.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Solmaz, M., Kavuk, I., & Sayar, K. (2003). Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *European Journal of Medical Research*, 8, 549-556.
- Talley, N.J., & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet*, 360, 555-564.
- Talley, N.J., Owen, B.K., Boyce, P., & Paterson, K. (1996). Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled clinical trials. *The American Journal of Gastroenterology*, 91, 277-286.
- Thompson, W.G. (2002). Review article: the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 1395-1406.
- Tobon, S., Vinaccia, S. & Sandin, B. (2004). Modelo psicosocial del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y de Psicología Clínica*, 9, 81-98.
- Tobón, S., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005a). Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik.
- Tobón, S., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005b). La úlcera péptica: un trastorno gastrointestinal, infeccioso o biopsicosocial. *Revista de Psicopatología y de Psicología Clínica*, 10, 95-100.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M.C., Carillo, L.M., Cuatras, M.J., López, N. & Cano, E. (2004). *Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales*. *Psicología y Salud*, 14, 31-41.
- Vinaccia, S., Tobon, S., Moreno SanPedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. & Tobon, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. & Tobon, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.

- Vinaccia, S. (2005) Calidad de vida e insuficiencia renal crónica. En: Flórez, L., Botero, M.M. & Moreno, B. (Editores). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 91–99). Bogotá: Uninorte–Alapsa.
- Whitehead, W.E., Winget, C., Fedoravicius, A.S., Wooley, S. & Blackwell, B. (1982). Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Digestive Diseases and Sciences*, 27, 202–208.
- Walker, E.A., Roy–Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos, D. & Jiraneck, G. (1990). Psychiatric illness in irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1656–1661.
- Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36–item short–form health survey (SF–36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483.