

Factores psicológicos asociados a síntomas dispépticos

Psychological factors associated to dyspeptic symptoms

*Fernando Juárez Acosta, Marco Antonio Cano Hurtado
y Mauricio Olarte Torres¹*

RESUMEN

Se estudiaron diversos aspectos psicológicos asociados a la presencia de sintomatología dispéptica en 40 pacientes que asistían por urgencia a un hospital de la ciudad de Bogotá. Los participantes se seleccionaron según ciertos criterios de inclusión y de exclusión, y se les aplicó un cuestionario con las características psicológicas, psicosociales y psicofisiológicas que se han observado con más frecuencia en estos trastornos. Se obtuvieron aquellas características que tenían una distribución no aleatoria entre los participantes, las que se agruparon en tres dimensiones, que corresponden a las áreas cognitiva, emocional, psicocial y psicofisiológica.

Palabras clave: Dispepsia; Trastornos gastrointestinales funcionales; Aspectos psicológicos en los trastornos gastrointestinales funcionales.

ABSTRACT

Several psychological factors associated to dyspeptic symptoms were studied in a sample of 40 patients who were looking for medical assistance at the urgencies service at an hospital in Bogotá. Participants were selected according to several inclusion and exclusion criteria, and a questionnaire containing the psychological, psychosocial and psychophysiological characteristics most frequently observed in these patients, was applied to them. The characteristics with non random distribution in the sample were grouped in three main dimensions, that correspond to cognitive, emotional, psychosocial, and psychophysiological areas.

Key words: Dyspepsia; Functional gastrointestinal disorders; Psychophysiological aspects in functional gastrointestinal disorders.

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF), entre los que se encuentra la dispepsia, consisten en diferentes combinaciones de síntomas gastrointestinales que no se explican por alteraciones bioquímicas o estructurales (Mitchell y Drossman, 1987) y que no muestran anomalías en los estudios de endoscopia, radiográficos o de laboratorio (Drossman, 1995); dichos trastornos manifiestan una tendencia a la cronicidad (Benavent, Martínez, Monserrat y Cano, 1998) y se clasifican de acuerdo a la región anatómica afectada, pudiendo ser esofágicos, gastroduodenales, intestinales, de dolor abdominal, biliares y anorrectales (Drossman, 1999). Los TGF constituyen un motivo frecuente de consulta en atención

¹ Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, Carrera 31, No. 127c-39, Apto. 102, correo electrónico: fernando_juárez@hotmail.com. Artículo recibido el 26 de abril y aceptado el 14 de mayo de 2004.

primaria (Brown y Rees, 1990), alcanzando entre 2 y 4% del total de las consultas que atiende un médico de familia (Knill y Jones, 1991). Algunas estadísticas muestran que en España, durante 1994, los pacientes con TGF, aunque eran solamente el 5% de la población, sumaban hasta el 20% de las consultas en un Centro de Salud (Fuertes, Álvarez, García de la Noceda y cols., 1994).

La dispepsia ha sido definida como un dolor o malestar en el abdomen superior que cursa con náuseas crónicas o recurrentes que pueden o no estar relacionadas con la ingesta, a lo que se añaden síntomas como la plenitud posprandial, la distensión abdominal o sensación de inflamación y vómito (Collin, 1988). En Suecia, la dispepsia funcional alcanzaba en 1988 el 2% de todas las consultas y el 30% de las específicamente digestivas (Loof, Adami, Agenas y cols., 1985), acumulando entre el 20 y el 40% de las consultas relacionadas con el tracto gastrointestinal (Knill y Jones, 1991). En Gran Bretaña, la prevalencia de la dispepsia oscilaba en esos años entre el 20 y el 40%, teniendo porcentajes similares entre 1951 y 1994 (Penston y Pounder, 1996), y en Estados Unidos dos tercios de la población nacional padecía síntomas dispépticos (Jones y Lydeard, 1989).

No obstante, según la asistencia a consulta médica, se ha observado que mientras que el 59.6% de estos pacientes había consultado al médico en los últimos doce meses, el restante 40.4% no lo había hecho, y, de éste, el 15.4% nunca había acudido a dicha consulta (Herschbach, Gerhard y Von Rad, 1999), por lo que se ha afirmado que la mayoría de los sujetos que experimentan clínica dispéptica no consulta al médico (Bixquert, 1998). Los pacientes más afectados por esta patología tienen alrededor de treinta años (Hormasa, Espitia, Jaramillo, Serrano y Castro, 2002), y se observa en general que los pacientes con una edad de entre los 15 y los 30 años son los que más acuden al médico (Bixquert, 1998).

Numerosos síntomas físicos o psíquicos se pueden combinar con los TGF, tales como cefaleas, disnea, fatiga precoz, trastornos del sueño, aumento de la sudoración, escalofríos, intolerancia alimentaria, angustia o depresión, pero puede predominar a veces la sintomatología psíquica (Benavent y cols., 1998). Además de los síntomas enumerados por Collin (1988), también pueden apa-

recer el reflujo gastroesofágico, pirosis o regurgitación ácida (Mearin, 1999) o dolor retroesternal de tipo quemante (Small, Loudon y Waldron, 1995). Diversos trastornos funcionales se pueden presentar simultáneamente, y casi un tercio de los pacientes con dispepsia funcional exhibe síntomas del síndrome de intestino irritable (Sielaff, 1990) y aproximadamente nueve de cada diez enfermos con colon irritable padecen síntomas dispépticos (Talley, 1991).

Los TGF tienen un origen muy variado (Auzov, 1998), pero se ha reconocido la importancia de los factores psicológicos en dicha génesis (Nick y Donald, 2003), los que pueden generar las condiciones necesarias para que surjan estos trastornos, aunque no necesariamente los originen (Wolfe, 2001). De este modo, los pacientes con desórdenes psicológicos y psiquiátricos tienen una probabilidad del 50% de tener problemas gastrointestinales (Ho, Kang y Yeo, 1998), y de igual manera las mujeres con preocupaciones o problemas psicológicos en su vida tienden a sufrir TGF (Abraham, Anderson y Lee, 1997). No obstante, no se ha podido determinar si los factores psicológicos son los que generan o hacen que se desarrolle la enfermedad, o es la enfermedad la que cambia las características psicológicas de los sujetos enfermos (Jess, 1994).

Son numerosos los aspectos psicológicos que se han relacionado con los TGF; la dependencia, la hipocondría, las tendencias agresivas, la falta de apoyo social o la percepción de que se carece de él pueden incidir en la enfermedad gástrica (Alvear, 1994); a su vez, la ansiedad y la depresión aumentan entre mayor sea el dolor abdominal alto (Thomsen, Compas, Colletti y cols., 2002), por lo que la depresión constituye uno de los más importantes predictores de la visita al médico (Herschbach y cols., 1999). La "afectividad negativa", o tendencia a experimentar diversas emociones displacenteras, tales como ira, disgusto, culpa, temor o depresión, se relaciona con las quejas físicas (Watson y Pennebaker, 1989) y configura ciertas características específicas en los pacientes (Mearin, 1998). Igualmente, se ha observado que aquellos que sufren TGF han pasado por una elevada frustración relacionada con sus metas y tienen reacciones de agresividad (Bennett, Beaurepaire, Langeluddecke, Kellow y Tennant, 1991); de la

misma manera, los individuos afectados en su estado de ánimo, fatigados, con sentimientos de culpa, con poco interés en las cosas, tensionados o con preocupaciones excesivas, inquietos o irritables suelen ser los más propensos a padecer enfermedades gastrointestinales (Yamadra, 2000); asimismo, el miedo, el enojo, la ansiedad y la tristeza están relacionados con esta enfermedad (Ciacchi, Iavarone, Siniscalchi, Romano y De Rosa, 2002). Finalmente, factores de personalidad, tales como ansiedad de rasgo y neuroticismo (Cheng, Hui y Lam, 2000; Vinaccia, Tobón, Santín y Martínez, 2002), irritabilidad u hostilidad (Walker, Luther, Samloff y Feldman, 1988) o hipocondriasis (Talley, Zinsmeister, Scheleck y Melton, 1992), también se han asociado con los TGF o con los síntomas dispépticos.

Por otra parte, la exposición de manera crónica durante un año a estresores sociales (Bennett, Kellow, Cowan y cols., 1992), el estrés de la vida diaria (Hui, Shiu y Lam, 1991), la confrontación con eventos prolongados de mucho estrés (Bennet y cols., 1992) y las estrategias de afrontamiento negativas y apreciaciones pobres sobre la propia salud (Cheng y cols., 2000), han sido relacionados con los TGF y con los síntomas dispépticos. Las condiciones económicas constituyen también un factor importante (Gutiérrez, Aponte, Páramo y cols., 2001), al igual que los factores psicosociales, los cuales son importantes predictores de los trastornos gastrointestinales (Drossman, 2000).

El género es una variable más que se relaciona con dichos trastornos, ya que estos síntomas ocurren dos veces más en mujeres que en hombres (Naliboff, Heitkemper, Chang y Mayer, 2000). Un aspecto relevante acerca de lo anterior es el hecho de que las mujeres con TGF muestran historia de abuso sexual y físico que influye de manera drástica en ellas (Leserman, Drossman, Li y cols., 1996), aunque también se ha indicado que la alta frecuencia de abuso sexual y físico en personas con desórdenes gastrointestinales no permite afirmar que dicho abuso sea un factor determinante, pues diversos estados patológicos crónicos pueden asimismo generar síntomas gastrointestinales funcionales (Drossman, Li, Leserman y Toomey, 1996). Por el contrario, también se ha señalado que los regalos o los cuidados en la infancia actúan como reforzadores de un compor-

tamiento que tiende a la enfermedad (Whitehead, Crowell, Robinson, Sellar y Schuster, 1992).

Los individuos con TGF están constantemente supervisando las sensaciones de su cuerpo y tienen la tendencia a enfocar la atención en signos amenazantes (Lemann, Dederding, Flourie y cols., 1991) y manifiestan un estilo perceptivo que los lleva a tomar una actitud de tensión, estrés y actividad que puede influir en sus síntomas somáticos y niveles de ansiedad (Bennett y cols., 1992); la percepción negativa de las cosas y de los eventos de la vida diaria son igualmente una característica de las personas que sufren TGF (Walter y cols., 1988). Además, estos individuos suponen que padecen una enfermedad más grave de lo que realmente es; la atención focalizada en los síntomas físicos genera hiperactivación y ansiedad, lo que facilita la aparición o mantenimiento de los síntomas gastrointestinales, cerrando así un círculo vicioso (Hui y cols., 1991; Morris, Chapman y Mayou, 1992). Sin embargo, aunque es posible que los síntomas influyan en las percepciones que tienen los pacientes dispépticos, no se debe asumir que estos se caractericen por una mala percepción de las cosas (Cheng y cols., 2000).

En Colombia, se ha señalado que hay características particulares sociales y psicológicas que pueden incidir en la aparición de trastornos gastrointestinales (Gutiérrez y cols., 2001); aunque actualmente se les proporciona a los pacientes un tratamiento farmacológico, manifiestan múltiples recaídas y complicaciones que los conducen a nuevas hospitalizaciones. Según estadísticas del Ministerio de Protección Social, solamente en la ciudad de Bogotá tales hospitalizaciones ascendieron a 172 durante el año 1997 (Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor [ACED], 2002). A pesar de estos datos, hay escaso conocimiento respecto de la manifestación de todas las condiciones anteriormente reseñadas en la población colombiana, lo que fue el objetivo principal del presente estudio.

MÉTODO

Sujetos

Se constituyó una muestra no probabilística conformada por 40 sujetos que asistían al servicio de urgencias del hospital de Fontibón, nivel II, ubi-

cado en esa localidad en la ciudad de Bogotá; dicho hospital atiende a personas de estratos socioeconómicos bajos.

Diseño

El estudio realizado fue de tipo exploratorio, utilizándose para ello un diseño correlacional de covariación entre variables con un solo grupo.

Instrumento

Para llevar a cabo el estudio, se elaboró un inventario de síntomas y características, el cual constaba de 55 preguntas con respuestas dicotómicas y de tipo Likert. Estas últimas tenían cinco op-

ciones de respuestas y podían contestarse, según el tipo de pregunta, en función de la frecuencia (de 1 [“siempre”] a 5 [“nunca”]), del grado de acuerdo (de 1 [“muy de acuerdo”] a 5 [“ningún acuerdo”]) o de el grado de satisfacción (de 1 [“muy a gusto”] a 5 [“nada a gusto”]). En la Tabla 1 se muestran las preguntas incluidas en la encuesta y el tipo de respuesta.

Según se muestra en la tabla, el inventario recogía diferentes áreas: antecedentes personales, emociones, cogniciones, aspectos fisiológicos o psicofisiológicos, psicosociales y clínicos, los cuales han sido asociados a los TGF en la literatura existente. También se recogía información sobre datos sociodemográficos, tales como edad, sexo, ocupación, profesión y estado civil.

Tabla 1. Preguntas incluidas en la encuesta.

Número de pregunta	Texto de la pregunta	Tipo de respuesta
1	Bajo de peso recientemente.	Sí/No
2	Ha perdido interés en las cosas que le gustaban.	Sí/No
3	No disfruta de cosas que antes le agradaban.	Sí/No
4	En los últimos 6 meses murió algún ser querido.	Sí/No
5	Comenzó actividades como estudiar, trabajar, o algún proyecto.	Sí/No
6	Ascendió en su trabajo o adquirió mayores responsabilidades.	Sí/No
7	Ha tenido problemas con amigos, vecinos o familiares.	Sí/No
8	Actualmente tiene trabajo.	Sí/No
9	Le ha afectado la situación actual.	Sí/No
10	Hace cuánto no tiene empleo.	Likert 1-5
11	Tiene problemas de sueño.	Likert 1-5
12	Tiene pensamientos de muerte o de suicidio.	Likert 1-5
13	Tiene dificultades para tomar decisiones.	Likert 1-5
14	Le importa lo que pasa a su alrededor.	Likert 1-5
15	Tiene sentimientos de inutilidad o de culpa.	Likert 1-5
16	Se reprocha a sí mismo cosas continuamente.	Likert 1-5
17	Se autocensura por no haber cumplido metas.	Likert 1-5
18	Se autocensura por estar enfermo o irle mal.	Likert 1-5
19	No puede estar sentado por largos periodos de tiempo.	Likert 1-5
20	Se irrita fácilmente.	Likert 1-5
21	Se siente triste.	Likert 1-5
22	Se la pasa rumiando algún pensamiento obsesivo.	Likert 1-5
23	Se siente inútil.	Likert 1-5
24	Se inquieta.	Likert 1-5
25	Se impacienta.	Likert 1-5
26	Se fatiga fácilmente.	Likert 1-5
27	Siente tensión.	Likert 1-5
28	Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace.	Likert 1-5
29	Al despertarse se siente cansado.	Likert 1-5
30	Ha tenido problemas con su pareja o hijos.	Likert 1-5
31	Siente que tiene mucho trabajo.	Likert 1-5
32	Siente que no puede controlar sus problemas.	Likert 1-5
33	Siente molestias o dolor en otras partes del cuerpo.	Likert 1-5
34	Considera que su problema médico altera su ritmo de vida.	Likert 1-5

Continúa...

35	No siente placer con nada.	Likert 1-5
36	Se molesta por cosas que antes no le molestaban.	Likert 1-5
37	Siente que todo lo que hace le exige un gran esfuerzo.	Likert 1-5
38	Siente que el futuro será difícil.	Likert 1-5
39	Cree que la mayoría de personas no son amistosas con Ud.	Likert 1-5
40	Siente que se preocupa en exceso.	Likert 1-5
41	Siente que hay un deterioro en su vida familiar, social o laboral.	Likert 1-5
42	Ha visitado al médico por diferentes razones.	Likert 1-5
43	Piensa que puede tener un problema médico complicado.	Likert 1-5
44	Tiene el recuerdo de haber sido maltratado en la infancia.	Likert 1-5
45	Cambia de trabajo.	Likert 1-5
46	Le preocupa quedarse sin trabajo.	Likert 1-5
47	Ha tenido problemas con su jefe o compañeros de trabajo.	Likert 1-5
48	En su situación laboral o económica se siente a gusto.	Likert 1-5
49	En su casa se siente a gusto.	Likert 1-5
50	En los últimos seis meses ha tenido dolor abdominal alto o en la boca del estómago.	Likert 1-5
51	En los últimos seis meses ha tenido náusea o vómitos.	Likert 1-5
52	En los últimos seis meses ha tenido llenura después de comer.	Likert 1-5
53	En los últimos seis meses ha tenido agruras o sabor amargo en la boca del estómago.	Likert 1-5
54	En los últimos seis meses se le ha inflamado el estómago.	Likert 1-5
55	De niño era atendido cuando tenía algún dolor o se enfermaba.	Likert 1-5

Procedimiento

El estudio se realizó en el servicio de urgencias durante los turnos matutino y vespertino. Los pacientes se seleccionaron de entre las personas que consultaban por urgencias con arreglo a ciertos criterios de inclusión, los cuales coinciden con los establecidos más frecuentemente en los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales altos (Collin, 1988); además, siguiendo las directrices del Consenso II de Roma, se estimó un tiempo de evolución promedio de seis meses; a la vez, se implantaron ciertos criterios de exclusión (Drossman, 1999). De acuerdo con lo indicado, los pacientes debían exhibir los siguientes síntomas: dolor abdominal localizado en el abdomen superior, piro-sis, náuseas o vómitos, distensión abdominal y saciedad precoz. A su vez, se excluyeron los pacientes que padecían enfermedades hepato-biliares o pancreáticas, neoplasias del esófago, estómago o páncreas, o que tuvieran antecedentes de cirugía gástrica, intestinal, biliar o pancreática; antecedentes de enfermedades metabólicas, como diabetes mellitus y de tiroides; antecedentes de insuficiencia

cardiaca congestiva, o historia de ingesta reciente de alcohol y fármacos gastrolesivos.

El médico general de turno en el servicio de urgencias seleccionaba los pacientes teniendo en cuenta los criterios mencionados y los remitía al equipo de investigación, constituido por un médico y un psicólogo, quienes verificaban que el paciente reuniera las características adecuadas para participar en el estudio. A continuación, se indicaban al paciente los objetivos de la investigación y se pedía su consentimiento para participar en ella; si el paciente accedía, se le aplicaba la encuesta, aclarándole previamente todas las dudas que pudieran tener. En todos los casos, la encuesta era leída por los investigadores.

Para la realización de este estudio, se obtuvo la correspondiente autorización de la dirección del hospital, la que supervisó su desarrollo.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se describe la muestra en cuanto a los datos sociodemográficos de edad, sexo, estado civil y ocupación.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.

Edad	Frec (%)	Sexo		Estado Civil		Profesión	
10-20	4 (10.0%)	Mujeres	27 (67.5%)	Casados	12 (30.0%)	Hogar	12 (30%)
21-30	19 (47.5%)	Hombres	13 (32.5%)	Unión libre	8 (20.0%)	Desemp.	6 (15%)
31-40	6 (15.0%)			Separados	3 (7.5%)	Conductor	2 (5%)
41-50	5 (12.5%)			Solteros	15 (37.5%)	Estudiante	2 (5%)
>51	6 (15.0%)			Viudos	2 (5.0%)	Otros	18 (45%)

En dicha tabla se puede apreciar que la mayor cantidad de participantes se encontraba entre los 21 y 30 años, siendo mayoritariamente mujeres. En cuanto al estado civil, hubo una mayor presencia de individuos solteros y casados; sin embargo, considerando conjuntamente la unión libre y estar casado, el porcentaje asociado a este grupo alcanza el mismo valor que el de los separados, solteros o viudos, considerados en conjunto. Existió una gran dispersión en las actividades o profesiones, ya que las profesiones diversas agrupadas ("otros") es la que alcanzó una mayor frecuencia, siguiendo las personas que se dedicaban al hogar y las desempleadas.

Para verificar si las distribuciones de frecuencias en las respuestas a las preguntas de la encuesta

eran significativas o producto del azar, se realizó un análisis de chi cuadrada. En la Tabla 3 se muestran los resultados de este análisis para cada pregunta de la encuesta, observándose la frecuencia de respuestas obtenidas en cada una de las opciones de las preguntas (Frec. op. 1 a Frec. op. 5); toda vez que las nueve primeras preguntas eran de tipo dicotómico, sólo tenían dos opciones de respuesta. Por otra parte, algunos sujetos no respondieron en ocasiones a ciertas preguntas de la encuesta, lo que se refleja en las frecuencias obtenidas, así como en la frecuencia esperada. Como se puede observar en la Tabla 3, 37 preguntas resultaron ser significativas.

Tabla 3. Análisis de la distribución de frecuencias de respuestas por medio de Chi cuadrada.

Preg.	Frec. Op. 1	Frec. Op. 2	Frec. Op. 3	Frec. Op. 4	Frec. Op. 5	Frec. esp.	Chi cuad.	g.l	p
1	18	22	?	?	?	20.0	0.400	1	0.527
2	22	18	?	?	?	20.0	0.400	1	0.527
3	12	28	?	?	?	20.0	6.400	1	0.011*
4	6	34	?	?	?	20.0	19.600	1	0.000*
5	13	27	?	?	?	20.0	4.900	1	0.027*
6	15	24	?	?	?	19.5	2.077	1	0.150
7	11	28	?	?	?	19.5	7.410	1	0.006*
8	17	23	?	?	?	20.0	0.900	1	0.343
9	15	4	?	?	?	9.5	6.368	1	0.012*
10	1	0	0	2	16	6.3	22.221	2	0.000*
11	5	9	10	7	9	8.0	2.000	4	0.736
12	2	1	4	6	27	8.0	58.250	4	0.000*
13	2	6	18	6	7	7.8	18.564	4	0.001*
14	16	9	9	6	0	8.0	5.400	3	0.145
15	1	7	8	3	21	8.0	30.500	4	0.000*
16	3	6	12	8	11	8.0	6.750	4	0.150
17	7	6	17	5	5	8.0	13.000	4	0.011*
18	8	15	10	5	12	8.0	4.750	4	0.314
19	8	6	10	3	13	8.0	7.250	4	0.123
20	9	10	8	6	7	8.0	1.250	4	0.870
21	6	9	15	8	2	8.0	11.250	4	0.024*
22	5	4	8	7	15	7.8	9.590	4	0.048*
23	2	4	6	2	26	8.0	52.000	4	0.000*
24	5	7	17	10	1	8.0	18.000	4	0.001*

Continúa...

25	5	8	21	4	2	8.0	28.750	4	0.000*
26	3	5	9	11	12	8.0	7.500	4	0.112
27	4	7	20	5	4	8.0	23.250	4	0.000*
28	1	9	9	8	13	8.0	9.500	4	0.050*
29	3	4	9	10	14	8.0	10.250	4	0.036*
30	2	4	12	9	11	7.6	10.158	4	0.038*
31	4	5	7	5	19	8.0	30.200	4	0.001*
32	2	4	10	12	12	8.0	11.000	4	0.027*
33	6	7	17	5	5	8.0	13.000	4	0.011*
34	7	7	10	4	12	8.0	4.750	4	0.314
35	4	1	9	12	14	8.0	14.750	4	0.005*
36	1	9	7	12	11	8.0	9.500	4	0.050*
37	3	13	7	8	9	8.0	6.500	4	0.165
38	14	10	4	9	3	8.0	10.250	4	0.036*
39	3	6	11	8	12	8.0	6.750	4	0.150
40	10	11	8	8	3	8.0	4.750	4	0.314
41	4	6	6	11	13	8.0	7.250	4	0.123
42	6	15	2	8	9	8.0	11.250	4	0.024*
43	3	8	4	11	14	8.0	10.750	4	0.030*
44	5	3	2	6	24	8.0	41.250	4	0.000*
45	1	1	4	10	19	7.0	33.429	4	0.000*
46	17	11	1	2	5	7.2	25.111	4	0.000*
47	1	2	1	13	18	7.0	36.286	4	0.000*
48	2	16	5	9	8	8.0	13.750	4	0.008*
49	6	17	7	7	3	8.0	14.000	4	0.007*
50	0	10	8	9	13	10.0	1.400	3	0.706
51	6	20	9	2	3	8.0	26.250	4	0.000*
52	3	16	6	6	9	8.0	12.250	4	0.016*
53	6	15	7	5	7	8.0	8.000	4	0.092
54	6	22	3	5	4	8.0	31.250	4	0.000*
55	15	7	5	4	9	8.0	19.500	4	0.050*

* $p < 0.05$ preguntas significativas, Frec. Esp. = frecuencia esperada.

Para observar las relaciones establecidas entre las preguntas del cuestionario, se decidió analizar su estructura en dimensiones, para lo que se llevó a cabo un análisis de componentes principales para datos categóricos. En este análisis se incluyeron las preguntas que habían resultado significativas; sin embargo, de dichas preguntas se retiraron cinco

para aumentar la varianza explicada por las dimensiones obtenidas, ya que estas preguntas tenían muy poco peso en tales dimensiones. En la Tabla 4 se muestra el porcentaje de varianza explicado por el modelo de tres dimensiones que se obtuvo.

Tabla 4. Varianza explicada por el modelo obtenido de tres dimensiones.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada (autovalores)	% de la varianza
1	0.894	7.494	23.417
2	0.819	4.837	15.116
3	0.785	4.170	13.032
Total	0.970	16.501	51.565

En la tabla anterior se pueden observar las proporciones que explica cada dimensión; por lo tanto, el modelo explica el 51.57% de la varianza total. En la Tabla 5 se muestra la saturación de cada

una de las 32 preguntas incluidas en el análisis, en cada una de las tres dimensiones obtenidas; se han puesto en negrita las preguntas que tuvieron más relevancia en cada una de las dimensiones.

Tabla 5. Saturaciones de las preguntas en los tres componentes principales.

Preguntas	Dimensiones		
	1	2	3
No disfruta de cosas que antes le agradaban.	- .062	- .390	.055
En los últimos seis meses murió algún ser querido.	- .034	.190	- .556
Le ha afectado la situación actual.	.276	- .614	.118
Tiene pensamientos de muerte o de suicidio.	.550	- .378	.354
Tiene dificultades para tomar decisiones.	.720	- .272	- .141
Tiene sentimientos de inutilidad o de culpa.	.458	.243	.428
Se autocensura por no haber cumplido metas.	.201	.605	.371
Se siente triste.	.609	.208	.444
Se la pasa rumiando algún pensamiento obsesivo.	- .043	- .378	.565
Se siente inútil.	.174	- .244	.859
Se inquieta.	.629	.291	.095
Se impacienta.	.577	.453	- .242
Siente tensión.	.530	.541	.160
Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace.	.732	.374	- .022
Al despertarse se siente cansado.	.855	- .055	- .239
Ha tenido problemas con su pareja o hijos.	.819	- .161	- .334
Siente que tiene mucho trabajo.	.045	.438	- .088
Siente que no puede controlar sus problemas.	.534	.627	- .094
Siente molestias o dolor en otras partes del cuerpo.	.614	.085	- .247
No siente placer con nada.	.474	- .467	.539
Se molesta por cosas que antes no le molestaban.	.630	- .585	- .273
Siente que el futuro será difícil.	.482	.055	.259
Ha visitado al médico por diferentes razones.	.186	.608	.218
Piensa que puede tener un problema médico complicado.	.105	.599	- .024
Tiene el recuerdo de haber sido maltratado en la infancia.	.091	.156	.412
Cambia de trabajo.	.626	- .590	- .273
Le preocupa quedarse sin trabajo.	.033	- .011	- .467
Ha tenido problemas con su jefe o compañeros de trabajo.	.036	.391	.334
En su situación laboral o económica se siente a gusto.	- .613	- .034	- .172
En su casa se siente a gusto.	- .032	.299	- .710
En los últimos seis meses ha tenido náusea o vómitos.	.600	- .269	- .367
En los últimos seis meses se le ha inflamado el estómago.	.534	- .246	- .246

En la Tabla 5 se muestra que dieciséis preguntas obtuvieron un peso mayor en la dimensión 1, nueve en la dimensión 2 y siete en la dimensión 3; algunas preguntas de las diferentes dimensiones tienen un coeficiente negativo, lo que indica la posibilidad de que un individuo se sitúe en el extremo positivo o en el negativo de dichas di-

mensiones. Por otra parte, el hecho de que una pregunta tenga una mayor carga o peso en una dimensión no implica que no tenga una carga elevada también en otra. En la Tabla 6 se muestran las 32 preguntas incluidas en los componentes principales, agrupadas en diversas áreas según su contenido.

Tabla 6. Agrupamiento por dimensiones y áreas de las preguntas que resultaron relevantes.

Áreas	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3
Cognitiva	¿Tiene pensamientos de muerte o de suicidio? ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? ¿Tiene sentimientos de inutilidad o de culpa? ¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace? ¿Siente que el futuro será difícil?	¿Se autocensura por no haber cumplido metas? ¿Siente que no puede controlar sus problemas? ¿Piensa que puede tener un problema médico complicado?	¿Se la pasa rumiando algún pensamiento obsesivo? ¿Se siente inútil?
Emotiva	¿Se siente triste? ¿Se inquieta? ¿Se impacienta? ¿Se molesta por cosas que antes no le molestaban?	¿No disfruta de cosas que antes le agradaban? (-)	¿No siente placer con nada?
Psicosocial	¿Ha tenido problemas con su pareja o hijos? ¿Cambia de trabajo? ¿En su situación laboral o económica se siente a gusto? (-)	¿Le ha afectado la situación actual? (-) ¿Siente que tiene mucho trabajo? ¿Ha tenido problemas con su jefe o compañeros de trabajo?	¿En los últimos seis meses murió algún ser querido? (-) ¿Tiene el recuerdo de haber sido maltratado en la infancia? ¿Le preocupa quedarse sin trabajo? (-) ¿En su casa se siente a gusto? (-)
Psicofisiológica	¿Al despertarse se siente cansado? ¿Siente molestias o dolor en otras partes del cuerpo? ¿En los últimos seis meses ha tenido náusea o vómitos? ¿En los últimos seis meses se le ha inflamado el estómago?	¿Siente tensión? ¿Ha visitado al médico por diferentes razones?	

(-) Coeficiente negativo en el análisis de componentes principales.

DISCUSIÓN

En esta investigación se abordaron aspectos muy diversos que pueden estar relacionados con síntomas dispépticos en una muestra colombiana, para lo cual se utilizó una encuesta que preguntaba por aquellas características que se habían mostrado relevantes en diferentes estudios. En este sentido, se ha indicado, en el caso de la dispepsia, que posiblemente haya variaciones geográficas en la prevalencia de los síntomas, siendo necesario definir bien los mismos (Horrocks y de Dombal, 1978).

La encuesta constaba inicialmente de 55 preguntas, de las cuales 37 resultaron significativas en el análisis de la distribución de las respuestas a dichas preguntas. Las preguntas significativas, excluyendo a cinco de ellas, se agruparon en tres dimensiones.

Como resultado de estos análisis, se observan de manera general diferentes áreas relacionadas con síntomas dispépticos; las preguntas incluidas en estas áreas, así como las áreas mismas, están interconectadas, lo que explica el conjunto de

las tres dimensiones, la varianza hallada en las respuestas de estos pacientes, y proporciona así utilidad terapéutica a las variables recogidas en ellas. Las dimensiones obtenidas se diferencian en el número de preguntas que incluyen en las diferentes áreas; así, la dimensión 1, la que tiene mayor potencia explicativa, frente a las dimensiones 2 y 3, agrupa un mayor número de preguntas relacionadas con aspectos cognitivos, emocionales o psicofisiológicos; en esta última área, la dimensión 3 no incluye ninguna pregunta. Por otra parte, dicha dimensión presta una atención ligeramente mayor a los factores psicosociales que las otras.

En este estudio resultaron relevantes ciertas cuestiones relacionadas con pensamientos de muerte o de suicidio, dificultades para tomar decisiones, sentimientos de inutilidad o de culpa, autocensura por no haber cumplido metas o sentir que no se puede controlar los problemas, entre otras. La importancia de los aspectos cognitivos ha sido puesta de manifiesto en distintas ocasiones; por ejemplo, Mearin, Balboa y Castro (1998) han descrito aspectos cognitivos en pacientes con características

de afectividad negativa, quienes son personas introvertidas, centradas en aspectos negativos propios, autovigilantes, con una visión general pesimista del mundo y un umbral más bajo para percibir sutiles sensaciones del cuerpo e interpretarlas como enfermedad. Algunos de esos aspectos cognitivos han mostrado ser importantes en este estudio, y tal como ha indicado Drossman (1995), es recomendable indagar acerca de lo que denomina "comportamientos enfermizos", tales como síntomas o sentimientos de impotencia ante la enfermedad, la cual, según el paciente, es más incapacitante o dolorosa de lo que suele ser. Los resultados de la investigación realizada coinciden con lo reseñado en esos estudios.

Por otra parte, los aspectos emocionales también han resultado relevantes en los análisis llevados a cabo; cuestiones relativas a sentirse triste, inquieto, impaciente o no disfrutar de cosas que antes agradaban, entre otras, están asociadas con la presencia de TGF. Se ha indicado que algunos de estos aspectos emocionales, denominados como negativos o emociones negativas, son más prevalentes en los pacientes con dispepsia y trastornos gastrointestinales funcionales altos (Cano y Tobal, 2003). Otros autores han indicado que los trastornos gastrointestinales se asocian frecuentemente con emociones de este tipo (Brenda, Garfinkel, Jeejeebhoy y cols., 1990), y también que los pacientes con orientación a la enfermedad, rol de enfermo, dependencia e inhibición afectiva tienden a presentar tales trastornos (Mabe, Hobson, Jones y Harvis, 1988). A su vez, se ha observado que las quejas sobre la salud, independientemente de cómo se midan, guardan una enorme relación con el tono de ánimo negativo, sea transitorio o crónico (Watson y Pennebaker, 1989), concluyéndose que los resultados factoriales permiten inferir que las características emocionales y somáticas se agrupan en una dimensión genérica que podría denominarse "malestar somatopsíquico" (Avia, 1993).

Igualmente, se ha puesto de manifiesto la importancia de que la intervención se dirija a estos factores. Al intentar solucionar los problemas emocionales aplicando psicoterapia durante siete sesiones a 110 pacientes que sufrían trastornos gastrointestinales funcionales, se halló que el tratamiento aplicado reducía el dolor abdominal, la diarrea y las náuseas, al mismo tiempo que redu-

cía la ansiedad y la depresión (Guthrie, Creed, Dawson y Tonenson, 1991).

Otras características que resultaron significativas fueron las psicosociales, en la misma línea de lo obtenido en otros estudios (Bennett y cols., 1991; Cheng, 2003; Drossman y cols., 1996; Levenstein, 2000; Natasha, Koloski, Nicholas y Philip, 2001). De este modo, los problemas con la pareja o los hijos, el cambiar de trabajo, los problemas con el jefe o los compañeros de trabajo, la pérdida de algún ser querido o el recuerdo de haber sido maltratado en la infancia, entre otros, se asociaron con la presencia de síntomas dispépticos. Debido a esto, se hace necesario buscar estrategias alternativas que permitan afrontar de una manera individual y con métodos flexibles la enfermedad, atendiendo a las características particulares de cada situación, ya que se ha observado en diferentes estudios que los pacientes que eran motivados para buscar estrategias de afrontamiento alternativas y concretas se adaptaban mejor a las situaciones estresantes (Cheng, 2003).

A su vez, los aspectos psicofisiológicos resultan tener interés explicativo, especialmente si se tiene en cuenta que la mayoría de ellos se incluyen en la dimensión 1, que es la que ofrece una mayor varianza explicada. Dichos aspectos pueden ser muy diversos: cansancio, molestias o consultar al médico por diferentes motivos, lo que coincide con lo señalado por autores como Serrano (2001), quien postula que este tipo de pacientes consulta generalmente por otras causas a diferentes facultativos. La efectividad de la intervención sobre estos factores también se ha puesto de manifiesto en diversas ocasiones; así, en un estudio donde se analizó en 35 pacientes con trastornos gastrointestinales la relevancia de sentirse tensionados, se aplicó un programa de relajación y de ejercicios respiratorios durante seis sesiones con el objetivo de reducir la tensión que sufrían, obteniéndose como resultado que se redujo la frecuencia y severidad de los ataques gastrointestinales funcionales que padecían y que las dos terceras partes de ellos mejoraron, frente a los pacientes que usaron tratamiento farmacológico, de los cuales sólo una quinta parte mejoró (Shaw, Srivastava, Sadlier y cols., 1991).

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan la asociación existente entre los síntomas

dispépticos y diversos factores cognitivos, emocionales, psicosociales y psicofisiológicos, corroborándose en esta población lo obtenido en otros estudios realizados con poblaciones diferentes. Los resultados hallados ponen de manifiesto la necesidad de atender a dichos factores, pues la intervención en ellos tiene efectos positivos en los pacientes; en este sentido, se ha señalado que el tratamiento psicológico puede ser muy valioso para tratar, por ejemplo, el síndrome del intestino irri-

table, aunque sin olvidar que el tratamiento médico es necesario (Blanchard y Malamood, 1996), tal como se ha verificado en otros estudios, en los que se ha visto que al aplicar terapias tomadas de la psicología clínica, combinadas con medicamentos tradicionales, se logran mejores resultados en los pacientes con trastornos gastrointestinales que reciben sólo esos tratamientos tradicionales (Vinaccia y cols., 2002).

REFERENCIAS

- Abraham, H., Anderson, B. y Lee, D. (1997). Somatization disorder in sphincter of odd dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 59: 553-557.
- Alvear, M. (1994). *Enfermedades gastrointestinales, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento* (t. 1). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) (2002). *Segunda Encuesta Nacional del Dolor*. Disponible en red: www.Linemed.com/Colombia/Fedelat.
- Avia, M. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Auzou, P. (1998). *Guía de los síntomas, causas y tratamiento*. México: Rezza Editores.
- Benavent, J., Martínez, G., Monserrat, P. y Cano J. (1998). La dispepsia funcional en la atención primaria. En F. Mearin (Comp.): *Dispepsia funcional: tan desconocida como frecuente*. Barcelona: Doyma.
- Bennett, E., Beaurepaire, J., Langeluddecke, P., Kellow, J. y Tennant, C. (1991). Life stress and non-ulcer dyspepsia: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 579-590.
- Bennett, E., Kellow, J., Cowan, H., Scott, A., Shuter, B., Langeluddeck, L., Hoschl, R., Jones, M. y Tennant, C. (1992). Suppression of anger and gastric emptying in patients with functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 27: 869-874.
- Bixquert, M. (1998). Epidemiología de la dispepsia funcional: Importancia sanitaria, social y económica. En F. Mearin (Comp.): *Dispepsia funcional: tan desconocida como frecuente*. Barcelona: Doyma.
- Blanchard, E. y Malamood, H. (1996). Psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(3): 241-244.
- Brenda, B., Garfinkel, P., Jeejeebhoy, K., Sher, H., Shulhan, D. y Gasbarro, I. (1990). Self-schema in irritable bowel syndrome and depression. *Psychosomatic Medicine*, 52: 149-155.
- Brown, C. y Rees, W. (1990). Dyspepsia in general practice. *British Medical Journal*, 300: 829-830.
- Cano, A. y Tobal, J. (2003). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. Disponible en red: www.medmayor.cl/apuntes/psico/emocionesansiedadysalud.doc.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(2): 425-438.
- Cheng, C., Hui, W. y Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology*, 19(2): 146-154.
- Ciacci, C., Iavarone, A., Siniscalchi, M., Romano, R. y De Rosa, A. (2002). Psychological dimensions of celiac disease: Toward an integrated approach. *Digestive Diseases & Sciences*, 47(9): 2082-2087.
- Collin, J. (1988). Dyspepsia treatment: A report of a workgroup. *Lancet*, 1: 576-579.
- Drossman, D. (1995). Diagnosing and treating patients with refractory functional gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 123(9): 688-697.
- Drossman, D. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II Process. *Gut*, 45(Suppl. II): II1-II5.
- Drossman, D. (2000). Effects on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 62: 309-317.
- Drossman, D., Li, Z., Leserman, J. y Toomey, T. (1996). Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterology*, 110: 999-1007.

- Fuertes, M., Álvarez, E., García de la Noceda, M., Fernández, M., Echarte, F. y Abad, J. (1994). Características del paciente hiperfrecuentador en las consultas de demanda de medicina general. *Atención Primaria*, 14: 809-814.
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. y Tonenson, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100: 450-457.
- Gutiérrez, O., Aponte, D., Páramo, D., Sabbagh, L., Angel, L., Cardona, H., Otero, W., Araujo, G., Pérez, M. y Castillo, B. (2001). Seroprevalencia y factores de riesgo asociados con la infección por *Helicobacter pylori* en niños. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 16(1): 19-22.
- Herschbach, P., Gerhard, H. y Von Rad, M. (1999). Psychological factors in functional gastrointestinal disorders: Characteristics of the disorder or the illness behavior? *Psychosomatic Medicine*, 61: 148-153.
- Ho, K., Kang, J. y Yeo, B. (1998). Non cardiac, non-oesophageal chest pain: The relevance of psychological factors. *Gut*, 43(1): 105-110.
- Hormasa, J., Espitia, O., Jaramillo, A., Serrano, J. y Castro, J. (2002). Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 17(1): 52-55.
- Horrocks, J. y De Dombal, F. (1978). Clinical presentation of patients with "dyspepsia": Detailed symptomatic study of 360 patients. *Gut*, 10: 19-26.
- Hui, W., Shiu, L. y Lam, S. (1991). The perception of life events and daily stress in non-ulcer dyspepsia. *American Journal of Gastroenterology*, 86: 292-296.
- Jess, P. (1994). The personality patterns in patients with duodenal ulcer and ulcer-like dyspepsia and their relationship to the course of the diseases. *Journal of Internal Medicine*, 235: 242-249.
- Jones, R. y Lydeard, S. (1989). Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *British Medical Journal*, 298: 30-32.
- Knill, K. y Jones, R. (1991). Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 26(Suppl. 182): 30-32.
- Lemann, M., Dederding, J., Flourie, B., Franchisseur, C., Rambaud, J. y Jian, R. (1991). Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distention in chronic idiopathic dyspepsia: The irritable stomach. *Digestive Diseases and Sciences*, 36: 1249-1254.
- Leserman, J., Drossman, D., Li, Z., Toomey, T., Nachman, G. y Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58(1): 4-15.
- Levenstein, S. (2000). The very model of a modern etiology: A biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine*, 62: 176-185.
- Loof, L., Adami, H. O., Agenas, I., Gustavson, S., Nyberg, A. y Nyren, O. (1985). Health care consumption and current drug therapy in Sweden with respect to the clinical diagnosis of gastritis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 20(Suppl. 109): 30-39.
- Mabe, P., Hobson, D., Jones, R. y Jarvis, R. (1988). Hypochondriacal traits in medical inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 10: 236-244.
- Mearin, I. (1998). Trastornos psicopatológicos en la dispepsia funcional. En F. Mearin (Comp.): *Dispepsia funcional: la desconocida más frecuente*. Barcelona: Doyma.
- Mearin, F. (1999). *Preguntas clave en la enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Barcelona: Doyma.
- Mearin, F., Balboa, A. y Castro, A. (1998). Concepto, definición y clasificación de las dispepsias. En F. Mearin (Comp.): *Dispepsia funcional: la desconocida más frecuente*. Barcelona: Doyma.
- Mitchell, C. y Drossman, D. (1987). Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 92: 1282-1284.
- Morris, C., Chapman, R. y Mayou, R. (1992). The outcome of unexplained dyspepsia: A questionnaire follow-up study of patients after endoscopy. *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 751-775.
- Naliboff, B., Heitkemper, M., Chang, L. y Mayer, E. (2000). Sex and gender in irritable bowel syndrome. En R. Fillingim (Dir.): *Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management* (pp. 327-353). New York: Editor.
- Natasha, A., Koloski, B., Nicholas, J. y Philip, M. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(5): 1341-1349.
- Nick, H. y Donald, E. (2003). Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(6): 628-244.
- Penston, J. y Pounder, R. (1996). A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacology*, 10: 83-89.
- Serrano, C. (2001). La consulta clínica en gastroenterología, mi enfoque. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 16(3): 150-151.

- Shaw, G., Srivastava, E., Sadlier, M., Swann, P., James, J. y Rhodes, J. (1991). Stress management for irritable bowel syndrome: A controlled trial *Digestion*, 50: 36-42.
- Sielaff, F. (1990). Coincidence between chronic dyspepsia and irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2: 105-106.
- Small, P., Loudon, M. y Waldron, B. (1995). Importance of reflux symptoms in functional dyspepsia. *Gut*, 36: 189-192.
- Talley, N. (1991). Spectrum of chronic dyspepsia in the presence of the irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 26(Suppl. 182): 7-10.
- Talley, N., Zinsmeister, A., Scheleck, C. y Melton, J. (1992). Dyspepsia and dyspepsia subgroups: A population-based study. *Gastroenterology*, 102: 1259-1268.
- Thomsen, A., Compas, B., Colletti, R., Stanger, C., Boyer, M. y Konik, B. (2002). Parent reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3): 215-226.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B. y Martínez, F. (2002). Efectos de un programa psicoterapéutico combinado a una terapia farmacológica en el tratamiento del estrés psicológico y a la sintomatología física de sujetos con dispepsia no ulcerosa. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 16(4): 187-192.
- Walker, P., Luther, J., Samloff, M. y Feldman, M. (1988). Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. *Gastroenterology*, 94: 323-330.
- Watson, D. y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96: 234-254.
- Whitehead, W., Crowell, M., Robinson, J., Heller, B. y Schuster, M. (1992). Effects of stressful life events on bowel symptoms: Subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut*, 33: 825-830.
- Wolfe, M. (2001). *Terapéutica de los trastornos digestivos*. México: Emalsa Interamericana.
- Yamadra, T. (2000). *Manual de gastroenterología*. México: Emalsa Interamericana.