

INFLUENCIA DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITADO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y EL BIENESTAR SUBJETIVO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS.

Ricardo Ayuso Castillo y Jesús Moo-Estrella.
Universidad Autónoma de Yucatán.
Facultad de Psicología.
E-mail: sricastil@tunku.uady.mx
jmestre@tunku.uady.mx

RESUMEN.

El estudio pretendió conocer la influencia del Síndrome del Intestino Irritado (SII) sobre la Calidad de Vida (CdV) y el Bienestar Subjetivo (BS) de estudiantes Universitarios con y sin SII, y en el Estatus (ser o no Paciente Médico) y Nivel de Severidad (NS). Participaron 764 estudiantes universitarios, se emplearon: la escala de BS (Anguas Platas y Reyes Lagunes, 2000), el Cuestionario Modular de Desórdenes Gastrointestinales Funcionales (ROME II) (Drossman, et al., 2000) y el Cuestionario CdV (IBS-QOL) (Patrick, Drossman e Ihunnaya, 1997), traducidos al Español. Los resultados difirieron parcialmente de lo reportado, la CdV no discriminó entre las membresías del padecimiento, en tanto que el BS distinguió entre quienes tienen y no el SII. Dichos resultados son atribuidos a la particularidad de la muestra. Así mismo, se hacen sugerencias clínicas sobre el manejo de Ss semejantes.

Palabras clave: Síndrome del Intestino Irritado, Calidad de vida, Bienestar subjetivo.

INTRODUCCIÓN.

El SII es considerado como un desorden funcional de tipo motor, que se caracteriza por una serie de síntomas que incluyen dolor abdominal y alteraciones en el hábito intestinal, este último se manifiesta como constipación, diarrea o su alternancia (Cerdeña, Drossman, Scherl, 1996; Spiller, 2003 y King, 2001). Así mismo, el SII presenta disturbios de la defecación y distensión abdominal, sin evidencia de ningún proceso patológico orgánico estructural detectable. Para su diagnóstico se requiere que esta sintomatología sea persistente o recurrente por más de 3 meses y más del 25% de las veces (Gutiérrez Alvarado y Hani, 2001).

Epidemiología.

Estudios epidemiológicos realizados por Drossman y Thompson (1992), Lynn y Friedman (1999), indican que el SII es uno de los trastornos gastrointestinales detectados con mayor frecuencia en la práctica clínica. Por ejemplo, el 12 % de los pacientes que acuden al médico general refieren problemas gastrointestinales (Romero Morales, 2000), y que constituyen entre el 35 y 50 % de los pacientes atendidos por el gastroenterólogo (Contreras y García, 1999).

Si bien el SII es un padecimiento que se manifiesta con diversos grados de Severidad, este puede llegar a afectar hasta el 20 % de la población general. (Cerdeña, et al, 1996; Drossman, Richter, Talley, Thompson, Corazziari, 1994 y Talley, Gabriel, Harmsen, Zinsmeister y Evans, 1995).

En México los estudios sobre la prevalencia del SII en general son escasos. Un estudio realizado durante 8 años por el departamento de gastroenterología del Instituto Nacional de la Nutrición reporta un 34.4% de pacientes con trastornos funcionales digestivos. (Romero Morales, 2000).

Por su parte, en Yucatán sólo se han reportado dos trabajos sobre el SII, ambos con la finalidad de establecer la prevalencia. El primero de ellos comprendió 71,372 consultas de primera vez, y concluye citando una prevalencia del .47 % (Puerto Cetina, 1980). El segundo estudio, realizado por Romero Morales (2000) concluye con una tasa de prevalencia del 12 % que resulta similar a la reportada a escala mundial. Posiblemente la diferencia entre estos dos estudios se deba no sólo al periodo diferente en tiempo, si no más bien al formato utilizado en cada estudio, pues sólo en el segundo se utilizó como criterio de diagnóstico el cuestionario ROMA II.

Niveles de severidad.

De acuerdo con Drossman (1992), el SII se presenta en tres Niveles de Severidad dependiendo de la presencia de determinados síntomas, y para cada uno de estos Niveles existe un diferente tratamiento recomendado.

Los pacientes con síntomas leves o infrecuentes, que corresponden al 70% las personas con SII, son vistos usualmente en la práctica de cuidados primarios y no tienen reducción funcional significativa o disturbio psicológico.

Por su parte, los pacientes con síntomas moderados representan una cuarta parte del grupo con SII (25%). Estos pacientes tienen interrupciones intermitentes en su actividad (por ejemplo, perder funciones sociales, de trabajo o escolares) y ellos, con frecuencia, pueden identificar una relación cercana entre síntomas y eventos incitantes.

Por último, el subgrupo de pacientes con síntomas severos (5%), presenta dolor refractario que no se correlaciona con comidas, actividad, u otros cambios psicológicos. De igual forma, se observan disturbios psicológicos tales como la ansiedad, depresión y somatización, y una reducción crónica del funcionamiento diario. Estos pacientes exhiben “conductas de enfermo” anormales. Los pacientes en esta categoría son usualmente reacios a la psicoterapia tradicional (Guthrie et

al, 1991 en; Drossman, 1992) o a la farmacoterapia dirigida al intestino. El tratamiento consiste en técnicas conductuales y drogas psicoactivas y con frecuencia se les remite a clínicas del dolor.

Relación con otras variables.

Existen diversos estudios que señalan la relación entre el SII y una serie de variables psicológicas comórbidas tales como; la depresión, el estrés y la ansiedad (Drossman, McKee et. al., 1988 y Romero Morales, 2000).

CdV y SII.

Actualmente, se sabe que las personas con SII que son Pacientes Médicos reportan tener una peor CdV, pero mayor Bienestar y Salud en general en comparación con las personas con SII que no acuden al Médico. De igual forma, se observa que los Pacientes del Nivel de Severidad elevado tienden a negar la causalidad y exacerbación de factores emocionales y por ende evitan el tratamiento para tal fin. Probablemente lo anterior puede ser explicado por el aprendizaje temprano de respuestas somáticas y ganancias secundarias en vez de afrontar el malestar emocional que subyace al síntoma. (Drossman, 1988; Drossman, Li y Andruzzi, 1993).

BS y SII.

El BS se ha convertido en un tema de investigación que ha recibido atención tanto desde la perspectiva teórica como desde la aplicada. (Strack, Argyle y Schwarz, 1991).

El BS puede ser concebido como una actitud (Andrews y Robinson, 1991) y como tal incluye por lo menos dos componentes básicos: cognición y afecto (Ostrón, 1969 en; Anguas Platas, 1997). El componente cognitivo se refiere a los aspectos racionales o intelectuales mientras que el componente afectivo involucra aspectos emocionales (Argyle y Martín, 1991 en; Anguas Platas, 1997). En este trabajo, se usó para evaluar la percepción afectiva de la salud en general.

En general, los efectos que produce el Síndrome del Intestino Irritado (SII) han sido reportados por diferentes autores, los cuales en general coinciden en el elevado costo económico, debido principalmente al ausentismo en el trabajo/escuela y el gasto médico que conlleva. Por ejemplo, en USA estudios reportados por Drossman et al. (1993), demuestran que quienes padecen del SII han perdido en promedio 13.4 días de trabajo al año, lo cual se ha estimado que lleva a una pérdida promedio de 250 billones de dólares. Con relación al gasto médico Talley, et al., (1995) y Drossman et al. (1993), estiman que este oscila entre los 8 y 10 billones de dólares al año. Cabe mencionar que este síndrome sólo ha quedado por debajo del resfriado común como principal causa médica de ausentismo laboral (Contreras et al, 1999). Diversos estudios sugieren que el Bienestar Subjetivo (BS) de los pacientes, más que su condición médica objetiva, como la Calidad de Vida, (CdV) determina su conducta de búsqueda de tratamiento, su acatamiento, y la evaluación del mismo (Hunt & McKenna, 1993 en; Gladis y Cols. 1999).

MÉTODO.

Participantes:

Se tomó de una población de 7,149 estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma de Yucatán (ciclo escolar 2003 - 2004), una muestra probabilística de 764 alumnos, distribuidos en diez diferentes carreras. De esta muestra, el 58.5% fueron mujeres y el restante 41.3% hombres. El promedio de edad general fue de 20.45 ± 2.25 años.

Instrumentos:

Cuestionario modular de Desórdenes Gastrointestinales Funcionales ROME II.

Este cuestionario diseñado por Drossman et al. (2000), permite detectar la presencia de diferentes desordenes gastrointestinales mediante una serie 38

preguntas, con un formato de respuesta dicotómico (Si - No). Para fines de la presente investigación se llevo a cabo la traducción del cuestionario al Español, y únicamente se emplearon ocho preguntas que miden la existencia del SII exclusivamente.

Cuestionario para identificar el Estatus y Nivel de Severidad del SII.

Este cuestionario diseñado para el presente estudio, cuenta con 9 preguntas de opción múltiple, en las cuales se le pide al sujeto que elija la opción que mejor ilustre la situación por la que está pasando en relación con sus problemas intestinales. El cuestionario cuenta con una clave para poder clasificar a los sujetos, de acuerdo a sus respuestas, en Pacientes o No Pacientes, y en los Niveles: Leve, Moderado y Severo.

Escala de Calidad de Vida en personas con SII. (IBSQOL)

Consiste en una escala que mide la CdV relacionada específicamente con la salud de pacientes afectados por el SII. Esta escala es resultado de la traducción al Español del cuestionario IBS-QOL desarrollado por Patrick, Drossman y Frederick (1997) en los Estados Unidos. La versión original consta de 34 reactivos con un formato de respuesta de tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Y que se agrupan en 8 factores que miden; Disforia, Interferencia con la actividad, Imagen corporal, Preocupación por la salud, Evitación de comida, Reacción social, Sexualidad y Relaciones sociales.

Escala BS.

Desarrollado por Anguas Plata y Reyes Lagunes (2000), e incluye dos dimensiones del BS: el componente afectivo y el cognitivo. Para el estudio, se empleo solamente la primera dimensión, consiste en una escala compuesta por 30 reactivos, que miden la frecuencia con la cual han sentido una serie de sentimientos durante el mes pasado, y la intensidad con que fueron experimentados. Tanto la frecuencia como la intensidad son medidas mediante un formato escalar de tipo Likert con siete opciones de respuesta. De esta forma quedaron comprendidos cinco factores: Ansiedad, Coraje, Frustración, Amor y

Entusiasmo. La consistencia interna obtenida mediante el método Alpha de Cronbach para la escala de frecuencia fue de .81 y de .82 para la de Intensidad.

Procedimiento:

La aplicación colectiva de cada uno de los cuestionarios se llevó a cabo durante los horarios y en los salones de clases de los estudiantes, previa solicitud a las autoridades correspondientes.

Los datos fueron capturados y analizados utilizando el paquete estadístico SPSS v. 12. Para la traducción de los cuestionarios sobre el SII y la CdV, se siguió la técnica de la doble vía.

RESULTADOS.

De la muestra total de participantes ($n = 764$), el 18.7% (143) fueron identificados con el SII, de los cuales casi dos terceras partes fueron mujeres (64.35%) y el restante 35.7% hombres ($\chi^2 = 11.75$, $gl = 1$, $p = .001$). Con relación al Estatus, el 41.6% señaló ser Paciente Médico y poco más de la mitad, 58.4% respondió no acudir al Médico a pesar de su padecimiento. La distribución de los participantes con SII de acuerdo al Nivel de Severidad resultó ser estadísticamente significativa ($\chi^2 = 124.72$, $p = .0001$), el mayor porcentaje se ubicó en el nivel leve (79%), como se puede observar en la figura 1.

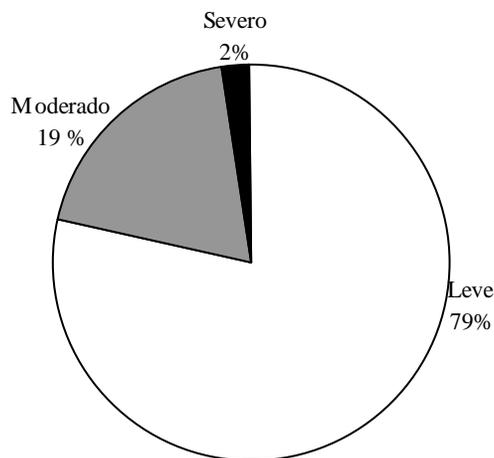


Figura 1. Distribución de los participantes con SII de acuerdo al Nivel de Severidad.

CdV y BS entre sujetos con y sin SII.

El análisis de la CdV entre sujetos con SII ($M = 51.20, \pm 7.86$) y sin SII ($M = 50.65, \pm 11.41$) no resultó estadísticamente significativo ($t_{(762)} = .547, p = .583$). Ambos grupos se ubicaron en la media teórica (50 ± 10). Por otra parte, la comparación del grupo con y sin SII respecto al BS, tanto en su escala de frecuencia como de intensidad, mostraron diferencias estadísticas ($p > .05$). Los factores significativos en ambas escalas fueron: coraje, ansiedad, frustración, y entusiasmo. De estos factores, el grupo con SII obtuvo las puntuaciones más altas en los tres primeros y la más baja en el cuarto. Estas diferencias se pueden observar en la tabla 1.

Factores	Frecuencia					Intensidad				
	SII	M	DE	t	Sig.	SII	M	DE	t	Sig.
Coraje	SI	4.38	1.55	3.074	.002	SI	4.70	1.52	2.111	.036
	NO	3.98	1.37			NO	4.40	1.45		
Ansiedad	SI	4.73	1.17	5.068	.000	SI	4.92	1.15	5.276	.000
	NO	4.19	1.16			NO	4.35	1.19		
Frustración	SI	3.64	1.22	3.986	.000	SI	3.90	1.28	3.571	.000
	NO	3.20	1.08			NO	3.48	1.21		
Amor	SI	5.29	.91	1.077	.282	SI	5.37	.92	-.902	.367
	NO	5.38	.89			NO	5.45	.93		
Entusiasmo	SI	4.92	1.04	2.199	.029	SI	5.06	1.03	-.902	.367
	NO	5.13	1.04			NO	5.26	1.03		

Tabla 1. Comparación del BS (Frecuencia e Intensidad) entre el grupo con SII y el grupo sin SII.

CdV y BS por Estatus de los Ss con SII.

La comparación de la CdV de acuerdo al Estatus de los participantes no resultó ser estadísticamente significativa ($t_{124} = .699, p = .47$). Tanto los Pacientes Médicos ($M = 50.18, DE = 6.98$) como los No Pacientes Médicos ($M = 51.21, DE = 8.84$) se ubicaron sobre la media teórica. Con respecto al Estatus, no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores del BS ($p > .05$).

CdV y BS por NS de los Ss con SII.

Al comparar la CdV de acuerdo a los NS del SII, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($f_{(2, 129)} = 1.35, p = .262$). Por su parte, en la escala del BS solo resultó estadísticamente significativo el factor de ansiedad ($f_{(2, 129)} = 3.18, p = .045$) correspondiente a la escala de frecuencia, en la cual, el grupo de participantes ubicados en el nivel de severidad leve obtuvo la puntuación más baja ($M = 4.65, DE = 1.15$) y el grupo ubicado en el nivel grave la más alta ($M = 5.88, DE = 1.08$), el nivel moderado se ubicó en medio de estas dos puntuaciones ($M = 5.11, DE = 1.08$).

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados, la muestra estudiada se distribuye de manera similar a las estudiadas por otros autores, en Prevalencia, Estatus y Nivel de Severidad de los Pacientes Médicos.

La CdV de esta muestra se ubicó en la media teórica, y no se encontraron diferencias entre los que tienen y no tienen el síntoma por un lado, ni tampoco entre los estatus (pacientes Médicos vs. No Pacientes Médicos), lo cual, difiere de lo reportado regularmente. Se esperaba una menor CdV en los Ss con SII. El Nivel de Severidad tampoco produjo diferencias. Quizás en muestras como la estudiada, jóvenes universitarios, que difieren de las muestras de población abierta utilizadas regularmente, el nivel de educación es responsable de que sus datos sean atípicos. La formación académica y la edad probablemente inciden sobre el comportamiento y el cuidado de la salud. Los resultados sobre el BS en esta muestra se comportan parcialmente conforme a la literatura corriente: como se esperaba se encontraron diferencias entre los Ss con y sin SII. Sin embargo, en

forma atípica, no se mostraron diferencias significativas entre los Estatus de ser vs. No ser Paciente Médico.

Tomando en cuenta el aspecto “objetivo” de las manifestaciones del síndrome, dado que la CdV de los Ss es similar entre los que no lo tienen, y los que lo tienen, sean Pacientes Médicos o no, resulta irrelevante modificar el Estatus de un S con SII en muestras similares a la estudiada.

Tomando en cuenta el aspecto “subjetivo” de las manifestaciones del síndrome, probablemente la condición de tener o no el síndrome sea la responsable del BS. Cuando se comparan a los Ss que no lo tienen con los que lo tienen, sus puntajes son significativamente mayores en frecuencia e intensidad en los factores coraje, ansiedad, frustración y entusiasmo; no así en amor; lo cual indica que los sentimientos y las creencias asociadas sobre el Bienestar General son impactadas por la membresía al padecimiento. Confirmándose que no hay una ganancia al cambiar el Estatus de un s con SII. Probablemente esa diferencia de puntajes se pierde entre los Estatus de los Ss con SII, debido a que en muestras similares a la estudiada, el BS no depende del Estatus de los Ss con SII como se reporta tradicionalmente, si no del hecho de que se tenga o no el SII.

Por otra parte, el concepto de Nivel de Severidad resulta de mucha utilidad todavía cuando se plantea determinar el tratamiento más adecuado para cada individuo. Los resultados de Drossman (2000), sugieren que la intervención con Ss de muestras semejantes a la presente debe enfocarse en el “reaseguramiento” de los sentimientos y las creencias asociadas en torno al bienestar, más que a las conductas objetivas relacionadas con la CdV propias del padecimiento. Por ejemplo, dado que la frecuencia con que se reporta ansiedad, en la escala de BS es mayor ($M=5$) para los Ss con SII del nivel de Severidad grave, en comparación con los de los Niveles Leve y Moderado ($M = 4$ y 3 respectivamente), en estos casos el “reaseguramiento” deberá impactar sobre los núcleos de ansiedad.

REFERENCIAS.

Andrews, F.M. y Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective Well-being. En J.P. Robinson, P.R. Sharer y L.S. Wrightman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press.

Anguas Platas, A. (1997). *El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México*. Tesis de Maestría en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Anguas Platas, (2000). *El Bienestar Subjetivo en la Cultura Mexicana*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Autónoma de México. Distrito Federal. México.

Cerda, J. J., Drossman D. A., y Scherl, E. J. (1996). Tratamiento Eficaz para el Colon Irritable. *Atención Médica*. 9, (9): 54-62.

Contreras Rivas, O., Xóchitl, y García, M. A. (1999). Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable: estudio comparativo. *Revista de la facultad de medicina UNAM*. 42, (5): 182-85.

Drossman, D. A., McKee, D. C., Sandler, R. S., Mitchell, C. M., Cramer, E. M., Lowman, B. C. y Burger, A. L. (1988). Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome: A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 95: 701-708.

Drossman D.A., Li, Z. y Andruzzi, E. (1993). U.S. householder survey of functional Gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 38: 1569-80.

Drossman, D. A., Richter, J. E., Talley, N. J. Thompson, W. G., y Corazziari, E.(1994). *Functional Gastrointestinal Disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. A multinational consensus*. Boston: Little, Brown. 115-173.

Drossman, D. A., Richter, J. E., Talley, N. J. Thompson, W. G., y Whitehead, W. E. (1993). U.S. Housholder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Digestive Dseases and Sciences*. 38, (9): 1569-1580.

Drossman, D. A., Corazziari, E., Talley, N. J. Thompson, W. G., y Whitehead, W. E. (2000). *Rome II: The Functional gastrointestinal disorders*. (2nd ed.). USA: Degnon Associates.

Drossman, D. A. y Thompson, G. (1992). The irritable Bowel Syndrome: Review and a Graduated Milticomponente Treatment Approach. *Annals of Internal Medicine*. 116, (12): 1009 – 1016.

Drossman. D. A., & Thompson, G. (1992). The irritable síndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. *Annals of Internal Medicine*. 116, (12): 1009-1016.

Guthrie E, Creed F, Dawson D et al. (1991). Controlled trial of psychological treatment of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*_100, (2):450-457.

Gutiérrez, O., Alvarado, J. y Hani, A. (2001). *Gastroenterología*. Colombia: Mc Graw Hill.

Hunt, S. M. y McKenna, S. P. (1993). *Measuring quality of life in psychiatry*. In *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. (eds. S. R. Walker & R. M. Rosser). London: Kluwer.

King, J. (2001). *Guía de la clínica mayo sobre salud digestiva*. México: Plaza Janés.

Lynn, R. y Friedman, L. (1999). Síndrome del Intestino Irritable. En: Braunwald H. Lamont, T. (1999). *Principios de medicina interna de Harrison*. (14ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Patrick, D., Drossman, D. A., Ihunnaya O., Frederick, Dicesare, J. y Puder, K. (1998). Quality of Life in Persons with Irritable Bowel Syndrome (Development and Validation of a New Measure). *Digestive diseases and Sciences*. 43 (2): 400- 412.

Puerto Cetina. (1980). *Colon irritable criterio clínico*. (Tesis). Mérida, Yucatán: Facultad de Medicina, UADY.

Romero Morales, R. (2000). *Prevalencia y grado de relación de los trastornos del afecto en los pacientes que presentan trastornos funcionales digestivos*. (Tesis). Mérida, Yucatán: Facultad de Medicina, UADY.

Spiller RC. (2003). Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Curr Treat Options. Gastroenterology*. 6, (4): 329-337.

Strack, F., Argyle, M., y Schwarz, N. (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

Talley, N. J., Gabriel, S. E., Harmsen, W. S., Zinmeister, A. R. y Evans, R. W. (1995). Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 109: 1736-1741.