



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON  
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ CRUZ**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“No hay nada bueno ni malo en sí mismo,  
es nuestro pensamiento quien lo transforma”**

**Hamlet**

## AGRADECIMIENTOS

*Este trabajo representa el cierre de la primera meta que me he fijado de muchas que tengo en proyecto, pero por ser la primera, es de una importancia especial para mí.*

*Deseo agradecer a las siguientes personas e instituciones cuyo apoyo y asesoría contribuyeron a la realización de esta investigación:*

*Gracias a Dios por permitirme llegar hasta donde me encuentro y regalarme la vida.*

*Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha dado mucho, enseñanzas, oportunidades, amigos y profesores que me han formado.*

*Dr. Juan José Sánchez Sosa por haber aceptado dirigir este trabajo, por las enseñanzas impartidas, tanto en el aula como en la vida cotidiana, por la ayuda recibida en todos los aspectos y por la experiencia clínica transmitida, además por ser una persona sencilla, capaz de motivar a cada uno de sus alumnos de una manera muy especial.*

*A los miembros del jurado, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Dra. Dolores Rodríguez y Dra. Paty Ortega Andeane, por asesorarme, por darme cada uno de esos valiosos comentarios para el enriquecimiento de este trabajo, además por su accesibilidad para las revisiones de la tesis en momentos en los que me veía limitada en tiempo.*

*A todos los profesores y estudiantes de las diferentes facultades de la UNAM, por acceder a participar en este estudio, sin su consentimiento, no hubiera sido posible la realización del mismo.*

*A Rebeca Sánchez, cuyo apoyo fue fundamental para el inicio de este trabajo, gracias por esas pláticas enriquecedoras en las que me motivaste, me impulsaste a dar el primer paso, que fue el más difícil. Gracias por la oportunidad y experiencia de trabajar con pacientes, y por los momentos vividos con el equipo de Medicina Conductual.*

*Gracias Angélica Riveros, por todo el apoyo recibido, tanto personal, como en el trabajo de tesis, por asesorarme, por regalarme tu tiempo, por escucharme y por confiar en mí, por permitirme pertenecer a tu equipo de trabajo y por ser una muy valiosa persona y amiga.*

*Gracias al Centro de Servicios Psicológicos por permitirme conocer el área Clínica de la Psicología, particularmente el enfoque Cognitivo-Conductual. Al cubículo de medicina conductual, quienes me enseñaron gran parte de lo que sé acerca del área, además por el compañerismo, amistad trato cotidiano, lleno de momentos alegres que recordaré por siempre.*

*A los miembros del cubículo del Dr. Sánchez Sosa, Bren, Carlos y Héctor con quienes compartí gratos momentos y experiencias muy valiosas en mi vida.*

*A todos mis amigos, que con el paso del tiempo afortunadamente se han ido sumando, que directa o indirectamente fueron apoyo y motivación para este trabajo, que me brindaron sus conocimientos y experiencias.*

*A mis padres Isabel Cruz y Luis Gutiérrez por brindarme su apoyo y comprensión en los momentos más difíciles de mi vida, por su cariño incondicional y por ayudarme a afrontar las adversidades, por enseñarme que cada vez que tropiezo me puedo levantar con más energía, los amo.*

*A mi familia, que siempre estuvo conmigo y me acompañó en el arduo camino para llegar a esta primer meta, Alfredo te quiero mucho hermanito, a mis tías y primos siempre los tendré en mi corazón.*

*A Jorge por haberme permitido entrar en tu vida y por compartir conmigo los momentos tristes, felices, nuevos y conocidos. Por apoyarme en todas las situaciones difíciles, por soportar mi estrés, muchas gracias.*

## INDICE

### ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.....	8
1.1 Características clínicas y diagnóstico.....	8
1.2 Etiología.....	12
1.3 Tratamiento para Síndrome de Intestino Irritable.....	15
CAPÍTULO II. ESTRÉS Y SALUD.....	18
2.1 Definición de estrés.....	18
2.2 Estrés “bueno” y estrés “malo”.....	21
2.2.1 Nivel óptimo de activación	
2.2.2 Eustrés y distrés	
2.3 Respuestas fisiológicas al estrés .....	23
2.3.1 Eje neural	
2.3.2 Eje neuroendocrino	
2.3.3 Eje endocrino	
2.3.4 Sistema inmunológico	
2.4 El estrés como evento externo .....	30
2.4.1 Tipos de estresores	
2.5 Evaluación cognitiva del estrés.....	32
2.5.1 Evaluación primaria	
2.5.2 Evaluación secundaria	
2.6 Estrés y enfermedad.....	34

CAPÍTULO III. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	37
3.1 ¿Qué es el afrontamiento?.....	37
3.2 Estilos de afrontamiento: Propuestas clásicas.....	38
3.2.1 Modos de afrontamiento orientados a la emoción	
3.2.2 Modos de afrontamiento orientados al problema	
3.3 Estilos de afrontamiento: Una propuesta más reciente.....	39
3.4 Estilos de afrontamiento y enfermedad física.....	42

## METODO

ESTUDIO I: Propiedades de validez y confiabilidad de la Escala de Afrontamiento de Moos y Escala de Percepción de Estrés de Cohen.....	44
Participantes.....	44
Instrumentos y materiales.....	46
Procedimiento.....	48
Resultados.....	50

ESTUDIO II: Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios con Síndrome de Intestino Irritable.....	58
Participantes.....	58
Instrumentos y materiales.....	61
Procedimiento.....	62
Resultados.....	64

DISCUSIÓN.....	73
----------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	78
-------------------	----

## ANEXOS

ESCALA DE AFRONTAMIENTO PERSONAL DE MOOS.....	85
---	----

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS DE COHEN.....	88
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA ESTUDIO 2.....	90
CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO ROMA III.....	92

# **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

## **Resumen**

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional del sistema gastrointestinal que por sus síntomas, altera considerablemente la calidad de vida de quienes lo padecen; suele asociarse con estrés y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Los objetivos de la presente investigación incluyeron 1) determinar las propiedades de confiabilidad y validez de la Escala de Estilos de Afrontamiento Forma B de Moos y la Escala de Percepción de Estrés de Cohen en una muestra de 911 alumnos de licenciatura, 2) identificar en su caso, diferencias entre los estilos de afrontamiento que utilizan los estudiantes universitarios con SII, de los que no lo padecen y examinar si el estrés se relaciona significativamente con el SII. La muestra estuvo compuesta por 324 estudiantes cursando el nivel licenciatura en la UNAM en el campus de CU, 44 participantes con SII, 60 sanos y 220 que no cumplían los criterios para SII pero presentaban molestias o dolor abdominal. Se aplicó el Cuestionario Diagnóstico de Roma III, Módulo para Síndrome de Intestino Irritable, la Escala de Estilos de Afrontamiento Forma B de Moos y la Escala de Percepción de Estrés de Cohen ya estandarizados en el primer estudio. Los resultados indican que los estudiantes con SII perciben mayor estrés que el resto de los grupos y utilizan estrategias centradas en la emoción más que aquellas encaminadas al análisis y solución de los problemas.

Palabras clave: estrés, aparato digestivo, somatización, adultos jóvenes

## **Abstract**

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a functional disorder of gastrointestinal system, which symptoms affect considerably the quality of patient's life; it is associated with distress and the use of emotion based coping strategies. The objectives of the present investigation includes 1) To determine reliability and validity properties of Moos's Coping Responses Inventory (B Form) and the Cohen's Perceived Stress Scale (PSS) in a 911 university students sample, 2) identify if it is the case, differences between coping styles which are used by university students with IBS versus the ones who don't suffer it and examine if stress is significantly related to IBS. The sample was composed by 324 students coursing Bachelor level in UNAM, at University City Campus, 44 participants with IBS, 60 apparently healthy and 220 who don't fulfilled IBS criteria but presented abdominal discomfort or pain. Rome III Diagnostic Questionnaire, Irritable Bowel Síndrome Module, Moos's Coping Responses Inventory (B Form) and Cohen's Perceived Stress Scale, standardized in the first study were applied. Results suggest that students with IBS perceived more stress than the other groups, and they use emotion focused strategies more than analysis and problems solving based strategies.

Key words: stress, digestive system, somatization, young adults

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno del funcionamiento intestinal, cuyas molestias (como dolor y distensión abdominal asociados con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y apariencia de las heces) afectan notablemente la calidad de vida de las personas que lo padecen (Drossman, 2006).

Es difícil estimar el impacto epidemiológico actual del SII en México, debido a que no se cuenta con estadísticas que lo separen de otros trastornos digestivos. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2003; Ramírez, Mata, Cervantes, Zárate y García, 2003). En general, las características epidemiológicas del SII son:

- El 15% de la población adulta presenta trastornos funcionales relacionados con SII.
- El trastorno predomina en mujeres en proporción de 1.3 a 2.6 a 1.
- Representan el 12% de las consultas de primer nivel y hasta el 28% de la consulta con el gastroenterólogo.
- Es causa frecuente de ausentismo escolar y laboral. En escolares hasta el 15% padece episodios de dolor abdominal recurrente que afecta su funcionamiento cotidiano.

Según estadísticas referidas por el Hospital General de México, de enero a septiembre de 2005 y de enero a marzo de 2006, el SII se situó en el segundo lugar de los diez principales motivos de consulta, constituyendo el 5.82% de las consultas en el primer periodo y el 17.84% en el segundo periodo (Hospital General de México, 2005 y 2006)

En el contexto internacional se encuentran variaciones importantes en la prevalencia del SII. La tabla 1 muestra los resultados de algunas investigaciones realizadas sobre la prevalencia del SII (ADAMED, 2007).

**Tabla 1. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en diversos países**

País	Prevalencia en población general
Canadá	13.5%
Estados Unidos	10%-20%
México	20%-50%*
Perú	18%
Reino Unido	22%
Suecia	13%
Alemania	12%
Dinamarca	6.6%
Francia	9.4%
España	13%
Nigeria	30%
Singapur	4%
China	23%
Japón	25%
Australia	12%
Nueva Zelanda	17%

**Fuentes:**

Camilleri y cols. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11:3 Muller-Lisner et al, *Digestion* 2001; 64:200

\*Estadísticas del Servicio de Consulta Externa del Hospital General de México

Recuperada de <http://mdmx.consalud.com/adamed/XXXIII/introduccion.asp?id=>, (2007)

Esta alta prevalencia implica gastos importantes en la atención médica. Se estima que en Estados Unidos el gasto económico es de aproximadamente \$30 mil millones de dólares anuales en la atención a pacientes con este trastorno. Sin embargo, el gasto no sólo comprende la atención médica, también las pérdidas de producción en las empresas debido al ausentismo de los trabajadores y la disminución del rendimiento laboral, por las molestias físicas del síndrome,

particularmente el SII a nivel mundial representa la segunda causa de ausentismo laboral (Brooks, 2005).

Las personas en edad escolar no son la excepción, en la UNAM el 8.3% de la población padece, entre otras, alguna enfermedad gastrointestinal, como gastritis, infecciones, o síndrome de intestino irritable. En Ciudad Universitaria (UNAM) en 2004, el 1.09% de los alumnos de licenciatura padecieron Síndrome de Intestino Irritable, según registros de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM. Sin embargo, estas estadísticas hacen referencia sólo a quienes acuden a Servicios Médicos, y no a los alumnos que no acuden a este servicio por SII, o bien acuden a un servicio médico en otras instituciones públicas o privadas, en efecto, entre las enfermedades digestivas más comunes a desarrollarse por estudiantes universitarios están la gastritis y el Síndrome de Intestino Irritable (Unidad de Servicios Médicos de la UNAM, 2005).

Al SII también se le denomina colon irritable o espástico y más comúnmente colitis nerviosa, debido a la implicación directa del sistema nervioso entérico sobre la función intestinal (Awad, 1990). Esto significaría que, entre otros factores, la presencia de altos niveles de ansiedad y estrés precipitan y/o exacerban los síntomas (Bennett y Kellow, 2002), lo cual generalmente conlleva a que los individuos busquen e implementen formas de afrontar las situaciones que les generan ansiedad.

Estos estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se adecuan a diversas situaciones, por lo que cambian frecuentemente y cuyo objetivo es manejar las demandas externas e internas para mantener la homeostasis en el individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

La percepción de estrés y de ansiedad en general, así como la presencia de psicopatología está relacionada con las estrategias de afrontamiento que utilizan

los individuos, que en ocasiones son inadecuadas para enfrentar situaciones estresantes (Billings y Moos, 1984; Forns y Zanini, 2004; Moos y Schaefer, 1986). Las respuestas de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y a la regulación afectiva se asocian con disfunción menor, mientras que las respuestas que implican descarga emocional, utilizadas más comúnmente por mujeres, implican una disfunción mayor (Billings y Moos, Op cit.).

Forns y Zanini, Op. cit. confirman lo anterior en un estudio en España con adolescentes de edades entre 12 y 16 años, al comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas y la presencia de psicopatología. Sus resultados señalan que las mujeres con puntajes sub-clínicos elevados utilizan mayor cantidad de estrategias de afrontamiento que los hombres, lo cual no necesariamente indica una mejor adaptación, sino mayor esfuerzo de afrontamiento. En este estudio, las adolescentes utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Así, en población adolescente, la presencia de psicopatología se asocia con el empleo de estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción.

Estudios realizados en otros países muestran que la presencia de estrés en estudiantes universitarios parece responder principalmente a factores cognitivos, y se presenta principalmente en situaciones que requieren reorganización del tiempo para cumplir con las actividades encomendadas, así como de los pensamientos que el estudiante presenta ante la realización de las mismas (Pérez San Gregorio, Martín Rodríguez, Borda y Del Río, 2003; Polo, Hernández y Poza, 1996).

En la UNAM los alumnos universitarios tienden a percibir estrés en un nivel moderado, principalmente en los primeros semestres (Gallardo y Serratos, 2004), además el nivel de estrés se exacerba en quienes además de estudiar, también trabajan (Pineda y Rentería, 2002). El quehacer estudiantil puede generar altos niveles de estrés que se relacionan con la presencia de síntomas físicos y uso de

medicamentos en estudiantes universitarios (Cárdenas, 1995); estas condiciones disminuyen el rendimiento académico, sobre todo en los primeros semestres, cuando aún se encuentran en una etapa de adaptación a la universidad (Lugo, Lara, González y Granadillo, 2004).

Sin embargo, aún se desconoce en un contexto psicosomático, el efecto que puede tener el uso de estrategias de afrontamiento poco eficaces, las cargas de estrés que se manejan y su posible relación con el SII.

Así, el objetivo del presente estudio fue examinar la interacción entre los estilos de afrontamiento que utilizan los estudiantes universitarios en el campus de Ciudad Universitaria con y sin Síndrome de Intestino Irritable (SII), a fin de establecer cuáles estilos de afrontamiento predominan en la población universitaria con SII, y la relación existente entre la percepción de estrés y el Síndrome de Intestino Irritable. Esta información a su vez permitirá diseñar tratamientos de intervención psicológica más eficaces para esta población e individuos en condiciones similares.

De esta manera, es importante conocer las características del Síndrome de Intestino Irritable, así como las manifestaciones clínicas que llevan a su tratamiento, ya que por la naturaleza del trastorno, suele ser incómodo y doloroso interfiriendo con el funcionamiento de las personas que lo padecen. Esto contribuye a que se incremente su nivel de ansiedad al no poder manejar los síntomas, dando lugar a diversas consecuencias negativas.

## **CAPÍTULO I. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

Entre los padecimientos intestinales los hay de tipo funcional, que se identifican por los síntomas que presentan y se distinguen de los de tipo estructural por la ausencia de indicadores físicos o de laboratorio (análisis de sangre, morfología anormal, etc.). En su aparición están involucrados factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que pueden exacerbar la gravedad percibida de los síntomas con un subsecuente impacto sobre la calidad de vida y bienestar de quienes lo padecen (Drossman, 2006).

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es uno de los padecimientos funcionales más comunes (Quigley, 2003). Se trata de un trastorno crónico del intestino, en el que se asocia una molestia o dolor abdominal con la defecación o con un cambio en el hábito intestinal (diarrea, constipación o ambos), (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002), así como con características alteradas de la defecación, como su consistencia o textura (Longstreth, 2002; Posserud, Ersryd y Simrén, 2006).

Aún no se define la etiología estructural y bioquímica para el SII (Kennedy, Jones, Darnley, Seed, Wessely y Chalder, 2006; Talley y Spiller, 2002), por lo que se le considera un síndrome, por presentar un conjunto de signos y síntomas que pueden variar de persona a persona. Debido a esto, se han utilizado diversos criterios para establecer el diagnóstico de este trastorno (Whitehead y Schuster, 1985).

### **1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO**

El Síndrome de Intestino Irritable, también llamado de formas erróneas colon irritable o espástico, colon inestable, colopatía muco-membranosa, diarrea nerviosa o funcional, neurosis colónica y más comúnmente colitis nerviosa (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002 y Ramírez, Mata, Cervantes, Zárate y García, 2003) debido a la relación directa del sistema nervioso entérico con el funcionamiento

intestinal (Awad, 1990), se considera un síndrome ya que cursa con síntomas diversos como espasmos en colon. Actualmente se ha documentado, además, que no sólo el colon se ve comprometido, sino también el intestino delgado (Rengifo y Mariño, 2001)

Tradicionalmente, se establecía el diagnóstico de SII por exclusión, es decir, se determinaba Síndrome de Intestino Irritable cuando los síntomas y la exploración física no correspondían a otras enfermedades. Sin embargo, esta forma de diagnóstico generaba la formación de un grupo heterogéneo de pacientes que presentaban una variedad de síntomas que no necesariamente correspondían al diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (Whitehead y Schuster 1985). Así, el establecimiento de criterios diagnósticos específicos para determinar la presencia de SII, y hacer más confiables las investigaciones referentes al padecimiento, ha sido el objeto de estudio de múltiples investigaciones.

En 1978 se propusieron por primera vez criterios para el diagnóstico de SII mediante la aplicación de un cuestionario que contenía los síntomas principales a 109 pacientes. De esta investigación surgieron los criterios de Manning (Tabla 1.1) para el diagnóstico, en los que la distensión abdominal, el dolor asociado con un cambio en el hábito defecatorio y cambios en la consistencia de las heces resultaron significativos (Manning, Thompson, Heaton y Morris, 1978).

**Tabla 1.1 Criterios de Manning**

---

Presencia de dolor después de movimientos intestinales
Heces sueltas al inicio del dolor
Movimientos intestinales más frecuentes al inicio del dolor
Distensión abdominal
Presencia de moco en el recto
Sensación de evacuación incompleta

---

Longstreth, 2002

Posteriormente, un comité multinacional categorizó los trastornos funcionales intestinales en subgrupos, a partir de hallazgos de otras investigaciones; los criterios resultantes se denominaron como Roma debido a que es en esa ciudad donde suelen reunirse los especialistas de varios países para determinar y actualizar los conocimientos e investigaciones de los trastornos funcionales gastrointestinales, y su tratamiento correspondiente. Primero se constituyeron los Criterios de Roma I (Tabla 1.2), y, después de una revisión los Criterios de Roma II en 1999 (Tabla 1.3), (Longstreth, 2002).

### **Tabla 1.2 Criterios Diagnósticos de Roma I (Longstreth, 2002)**

---

Los siguientes síntomas continuos o recurrentes durante por los menos tres meses:

Dolor abdominal o molestia que

- Se alivia con la defecación y/o
- Se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y/o
- Se asocia con un cambio en la consistencia de las deposiciones y

Dos o más de los siguientes, al menos en un cuarto de las ocasiones o días:

- Frecuencia anormal de las deposiciones (más de 3 al día o menos de 3 a la semana)
- Forma anormal de las deposiciones (heces duras /con grumos o acuosas /líquidas)
- Tránsito anormal de las deposiciones (Pujo, urgencia o sensación de evacuación incompleta)
- Presencia de moco en las heces fecales
- Presencia de gas o sensación de distensión abdominal

---

Longstreth, 2002

### **Tabla 1.3 Criterios Diagnósticos de Roma II (Longstreth, 2002)**

---

Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los anteriores 12 meses presencia de dolor o molestia abdominal que presenta por lo menos dos de las siguientes características:

- Se alivia con la defecación y/o
- El inicio se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y/o
- El inicio se asocia con un cambio en la consistencia de las deposiciones

---

Longstreth, 2002

Los criterios de Roma I incluían dos partes en el diagnóstico, la primera referente al dolor abdominal y la segunda con relación al tránsito intestinal. En el Roma II, hay una modificación en la duración de los síntomas y los criterios contenidos en la segunda parte del Roma I sirvieron para apoyar el diagnóstico, así como para clasificar a los pacientes con diarrea predominante, constipación predominante o mixto (Longstreth, 2002).

En mayo de 2006 se realizó la tercer reunión en Roma, en el cual se determinaron los criterios de Roma III para el diagnóstico de los trastornos funcionales del tracto gastrointestinal (Thompson, 2006), entre ellos el SII, cuyos criterios se incluyen en la tabla 1.4.

#### **Tabla 1.4 Criterios\* Diagnósticos de Roma III**

---

Molestia\*\* o dolor abdominal recurrente por lo menos tres días al mes en los últimos tres meses, el cual se asocia con dos o más de las siguientes características:

- Se mejora con la defecación y/o
- El inicio se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y/o
- El inicio se asocia con un cambio en la forma (aparición) de las deposiciones

---

\*Los criterios deben ser satisfechos por los últimos 3 meses con síntomas de inicio por lo menos 6 meses previos al diagnóstico.

\*\*Molestia implica una sensación incómoda no descrita como dolor.

Longstreth, Thompson, Chey, Houghton, Mearin y Spiller, 2006

La clasificación de los tipos de SII con diarrea, constipación y el subtipo mixto se basa en la Escala de Bristol, que es la clasificación establecida, sobre la consistencia de las deposiciones (Longstreth, Thompson, Chey, et al., 2006).

Generalmente los pacientes sufren de periodos alternados con estreñimiento o diarrea y algunas veces la sintomatología remite, pero sólo de manera temporal. El alivio completo del padecimiento es excepcional y casi nunca ocurre (Longstreth, 2002).

## 1.2 ETIOLOGÍA

En algunos estudios han podido identificar condiciones predisponentes al padecimiento, aunque ninguna de ellas está comprobada de manera consistente (Mínguez, Herreros, Mora y Benages, 2005).

Aún no se ha identificado un solo factor responsable del padecimiento, actualmente se considera al Síndrome de Intestino Irritable como una interacción de factores biológicos y psicosociales (Longstreth, Thompson, Chey, et al., 2006), entre los que se encuentran:

*Predisposiciones genéticas:* Factores genéticos pueden predisponer a algunos individuos a desarrollar trastornos funcionales gastrointestinales (Levy, Olden, Naliboff, Bradley, Francisconi, Drossman, y Creed, 2006), particularmente SII, un ejemplo de ello es la influencia que tienen algunas sustancias como la serotonina sobre los trastornos del humor y la hipersensibilidad visceral o la alteración de la motilidad intestinal (Drossman, Op cit.).

*Motilidad alterada:* Los trastornos funcionales gastrointestinales se caracterizan por tener una respuesta motil mayor a los estresores psicológicos o fisiológicos cuando se compara con las personas sanas (Drossman, 2006). La distensión repetitiva del colon sigmoide distal que ocurre con estimulación que suele estar por debajo de la que requeriría una persona sin SII, se observó que produce percepción exagerada de la motilidad intestinal en pacientes con SII (Torii y Toda, 2004). Esta percepción también se observó en presencia de otros estímulos, entre ellos, psicológicos y la “ingestión” de alimentos por medio de imaginación guiada, especialmente en pacientes SII con diarrea (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002).

*Hipersensibilidad visceral:* Los pacientes con SII presentan cambios de la sensibilidad visceral. La hipersensibilidad visceral debido a la disminución del umbral doloroso y al aumento de la sensibilidad a estímulos normalmente

presentes (alodinia) (Drossman, 2006; Ramírez, et al., 2003) son cambios importantes en el SII. Aunque se desconoce el origen de esta hipersensibilidad, se supone que la información aferente (la que se dirige del intestino al Sistema Nervioso Central) del tubo digestivo se percibe como nociva por el sistema nervioso central (SNC), ya sea porque la información aferente es mayor de lo normal frente a un mismo estímulo, porque se amplifique en las vías de transmisión al SNC (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002) o porque su procesamiento central sea inadecuado (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, Op cit; Schwetz, Bradesi y Mayer, 2004).

*Alteraciones hormonales y de neurotransmisores:* En pacientes con SII se ha identificado una diferencia en el modo de liberación de la serotonina en comparación con los sujetos sanos, lo que sugiere un papel importante de este neurotransmisor sobre el SII, sin embargo, los resultados no son aún consistentes aún. También se hace referencia a la relación que existe entre el Intestino Irritable y la mayor prevalencia en mujeres, así como el agravamiento de los síntomas en relación con los ciclos menstruales, por lo que ha surgido la hipótesis de que las hormonas femeninas también desempeñan un papel importante en la presencia de SII; sin embargo no se ha logrado explicar el mecanismo por el cual ocurre (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002).

*Interacciones cerebro intestinales:* La teoría del modelo bidireccional del cerebro intestinal (Drossman, 2006; Schwetz, et al., 2004) hace referencia a que las señales aferentes están involucradas en la regulación refleja de la función intestinal, por el contrario, las eferentes (las que se dirigen del cerebro al intestino), se encargan del óptimo funcionamiento digestivo para el estado completo del organismo, la interacción de ambas vías pueden afectar la regulación de la emoción, la sensibilidad al dolor y la respuesta inmune del intestino. Por otra parte, el producto de las células inmunológicas digestivas producen ciertas sustancias que activan la sensibilidad al dolor.

*Factores psicológicos:* Algunos estudios han mostrado que del 40 al 60% de los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales presentan ansiedad y depresión, lo que reduce la calidad de vida de los pacientes, aunado a los efectos de los síntomas del SII (Creed, 2002; Levy, et al, 2006). También son frecuentes los trastornos del sueño y estrategias de afrontamiento disfuncionales en estos pacientes (Longstreth, et al., 2006).

Se ha podido identificar una relación estrecha entre la presencia de factores psicológicos como el estrés y el desencadenamiento o exacerbación de los síntomas en pacientes con SII. Aunque existen contradicciones en los hallazgos en la investigación, Posserud, et al., (2006), realizaron un estudio en el que se mostró que el estrés psicológico agudo modula la percepción rectal en controles sanos y pacientes con SII, ya que, aunque el umbral sensorial permaneció sin cambios para los pacientes con SII durante la exposición al estrés, cuando el estímulo terminó, el umbral disminuyó.

Por otra parte, la historia de abuso es muy importante para los pacientes con SII, del 30 al 56% de los pacientes con SII reportan algún tipo de abuso en su infancia (sexual, físico o emocional) (Levy, et al., 2006), lo cual se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales en la edad adulta (Koloski y Talley 2002). En México, un estudio determinó que los adolescentes que reportaron abuso en la infancia, manifestaron quejas somáticas en mayor medida, entre éstas las molestias digestivas, en comparación con los que no reportaron abuso (Valenzuela, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1995).

El tratamiento para SII incluye medicamentos, manejo de la dieta y tratamiento psicológico. Para tratarlo es importante conocer las características de afrontamiento de los individuos, en su caso corregirlas y de esta manera integrar un programa de tratamiento efectivo que se dirija específicamente a esta población.

### 1.3 TRATAMIENTO PARA SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

La valoración de los pacientes para determinar el diagnóstico y tratamiento requiere incluir una evaluación médica y una entrevista psicológica para ponderar el peso relativo de factores psicológicos en el padecimiento (Toner, Segal, Emmot y Myran, 2000). La mayoría de los pacientes responden al tratamiento psicológico, a una adecuada relación médico-paciente y a intervenciones multicomponentes (Longstreth, et al., 2006).

*Educación para la salud y relación médico paciente:* El paso más importante en el manejo del SII, es el establecimiento de una buena relación médico paciente (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002; Sheikh y Wright, 1999; Torii y Toda, 2004). Evitar la indiferencia al diagnóstico por parte del médico, mostrar empatía y escucharle para saber cuáles son sus ideas y temores acerca del trastorno, así como informarle acerca de la naturaleza del padecimiento reduce la búsqueda de asistencia médica en pacientes con SII (Van Dulmen, Fennis, Mokkink y Bleijenberg, 1996). Al informar al paciente acerca del padecimiento se debe hacer hincapié en que al igual que otros padecimientos crónicos como hipertensión y diabetes, el SII sólo puede controlarse y manejar en sus síntomas, no curarse (Sheik y Wright, 1999).

*Manejo de dieta:* Es común que algunos pacientes relacionen la presencia de síntomas con la ingesta de ciertos alimentos. Por lo tanto es conveniente restringir el consumo de los que precipitan o exacerban los síntomas (Atkinson y Hunter, 2002). Una dieta con fibra es recomendable y segura, pero poco sustentada por las evaluaciones de tratamiento, de hecho muchos pacientes reportan la exacerbación de sus síntomas al consumir altas cantidades de fibra, así como también aparición de flatulencia en algunos pacientes (Longstreth, et al., Op cit).

*Prescripción de medicamentos:* La terapia con medicamentos está dirigida a la reducción de los síntomas predominantes (Longstreth, et al., 2006) y en función de

la alteración del tránsito intestinal (Díaz-Rubio y Díaz-Rubio, 2002), cuando el SII se presenta de tipo “con diarrea”, se recomiendan agentes antidiarréicos como la loperamida, cuando se presenta el tipo “con estreñimiento” se recomienda el uso de laxantes, como lactulosa o sales de magnesio. Los agentes espasmolíticos se utilizan para el tratamiento del dolor abdominal, como la mebeverina o trimebutina (Mínguez, et al., 2005). En algunos casos, el médico prescribe antidepresivos o ansiolíticos cuando el padecimiento se encuentra acompañado de depresión o ansiedad (Clouse y Lustman, 2002) y ataques de pánico (Levy, et al., 2006).

*Tratamiento psicológico:* La psicoterapia, hipnoterapia y terapia cognitivo-conductual pueden ayudar a algunos tipos de pacientes con SII (Levy, et al., 2006).

Psicoterapia dinámica: En el manejo de pacientes con SII, el eje de tratamiento se determina por las formas que adquiere la relación terapeuta-paciente (proceso de transferencia y contratransferencia) (Levy, et al., 2006). Se ha propuesto que la terapia psicodinámica corta puede llevarse a cabo en el tratamiento de pacientes con SII grave y que este tratamiento es efectivo y poco costoso (Levy, et al., 2006). Sin embargo, estudios con pacientes diagnosticados con SII que combinaron relajación muscular progresiva con terapia psicodinámica, o psicodrama reportaron la mejora de los síntomas, pero con poca significancia (Toner, et al., 2000).

Hipnosis: Se conoce poco acerca de la aplicabilidad de la técnica en una muestra amplia de pacientes, ya que la mayoría de estos estudios se han realizado en pacientes que buscan específicamente este tipo de tratamiento y en centros seleccionados (Levy, et al., 2006). En un estudio en el que se aplicó hipnoterapia durante un año a un grupo de 204 pacientes con SII, y al final respondieron cuestionarios sobre síntomas, ansiedad y depresión, 71% reportaron mejora de los síntomas, así como disminución de la ansiedad y depresión, sin embargo, resultó

menos efectivo para hombres que para las mujeres (Gonsalkorale, Miller, Afzal y Whorwell, 2003).

Terapia cognitivo-conductual: La terapia cognitivo-conductual tiene su base en el aprendizaje social, que incluye el concepto de que el comportamiento se establece de acuerdo a sus consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales. Reconoce que las consecuencias sociales producidas en el medio ambiente influyen en los pensamientos, conductas y respuestas fisiológicas de las personas (Levy, et al., 2006). La terapia cognitivo-conductual resultó ser más efectiva en un programa de tratamiento que incluía 12 sesiones de terapia cognitivo conductual versus sesiones de psicoeducación impartidas a mujeres con SII moderado a grave, por otra parte, en este mismo estudio, el tratamiento de SII con antidepresivos fue efectivo sólo para las pacientes adherentes al mismo (Drossman, Toner, Whitehead, et al., 2003). Otro estudio en el que la terapia cognitivo-conductual se añadió al tratamiento con un antiespasmódico resulto más efectiva que el tratamiento con el medicamento solo, reportando la disminución de los síntomas significativamente a un año de seguimiento, así como puntajes en escalas de ansiedad y depresión (Kennedy, Jones, Darnley, et al, 2006).

Los objetivos de la terapia cognitivo-conductual para pacientes con SII son: 1) ayudar al paciente a reconceptualizar su perspectiva del SII (psicoeducación), 2) ayudarlo a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos, comportamientos, medio ambiente y síntomas de SII y 3) que desarrolle e implemente maneras más efectivas de afrontamiento al SII para mejorar su calidad de vida (Toner, et al., 2000).

## **CAPÍTULO II. ESTRÉS Y SALUD**

El estrés ha sido objeto de estudio por muchos investigadores en el área de la salud, debido a la implicación que tiene en el inicio y exacerbación de los síntomas de diversas enfermedades. La gente a menudo comenta estar bajo situaciones estresantes, sentirse “estresado” o tener síntomas de estrés. Es un término que tiene gran relevancia dadas las consecuencias negativas en el bienestar subjetivo y físico de las personas.

Si bien, el estrés sirve para activar al organismo, cuando se sobrepasa cierto nivel el cuerpo sufre un esfuerzo mayor para regresar al estado normal de homeostasis, lo cual, en algunos casos y dependiendo de ciertas características psicológicas y biológicas de las personas, puede generar padecimientos difíciles de manejar (Buceta y Bueno, 2001).

### **2.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS**

Es difícil encontrar una definición que satisfaga cada uno de los componentes del estrés y con la que concuerden todos o la mayoría de los investigadores, pues en cada área se define al estrés de acuerdo a una disciplina o ciencia (Cruz y Vargas, 2001).

Desde el inicio de su estudio, el estrés se ha definido de acuerdo a quien realiza las investigaciones. El primero en referirse indirectamente al estrés fue R. Hooke a finales del siglo XVIII cuando formuló su ley de la elasticidad, y a partir de allí se transmitió a otras disciplinas. Hooke estudiaba la resistencia de los materiales al aplicar diferentes fuerzas externas, así, observó que se producía una deformación en el material. Si ésta se encontraba dentro de los límites de la elasticidad del

mismo, el objeto recuperaba su forma original, mientras que si superaba tales límites, la deformación era permanente (Hecht, 1998).

En 1932, Walter Cannon, fisiólogo estadounidense de la Universidad de Harvard, aunque no definió directamente el estrés, hacía alusión al mismo en función de la homeostasis (la tendencia de los organismos a mantener un medio ambiente interno estable) pues observó que ésta se perturba ante ciertas situaciones estresantes como la falta de oxígeno, cambios en la temperatura, etc., es decir, el medio ambiente afecta directamente el equilibrio del organismo. Descubrió los cambios fisiológicos ocurridos en el sistema adrenérgico y los cambios conductuales asociados a éstos (Lazarus y Folkman, 1984), lo que le permitió desarrollar el concepto de *lucha o huída* en el cual un estímulo estresor es capaz de generar mecanismos fisiológicos en el organismo para responder a él de dos maneras: confrontándolo o huyendo de él, ambas reacciones buscan preservar la integridad del individuo (Cruz y Vargas, 2001).

En 1926, Hans Selye, un estudiante del segundo año de Medicina en la Universidad de Praga, observó que los pacientes que acudían por diversos padecimientos, tenían varios síntomas en común, como cansancio, falta de apetito, pérdida de peso, desánimo, etc. independientemente de la enfermedad que presentaran. A esto Selye lo llamó el “Síndrome de estar enfermo”, y a partir de estos hallazgos, formuló su teoría del “Síndrome General de Adaptación” (SGA) (Selye, 1983), la cual propone que el estrés no sólo es una demanda ambiental, sino un conjunto de reacciones y procesos orgánicos en respuesta a la misma, que pueden agotar al organismo.

La definición que propuso Selye fue que el estrés “es el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo, sea mental o somático”( Selye, Op. cit.), considerando que la respuesta de estrés es general para todos los tipos de estresores.

Aldwin (1994) menciona la clasificación de Mason en 1975 para definir al estrés, que hace énfasis en tres formas importantes de definirlo. La primera es que se puede considerar al estrés como un *estado interno del organismo*, que algunas veces se define como “tensión”, y que tiene que ver con procesos fisiológicos; la segunda es *como un evento externo o estresor* y se refiere a demandas del ambiente que generan la respuesta de estrés, y la tercera se define como una experiencia que se activa debido a la *transacción entre una persona y el medio ambiente*, es decir, la interacción entre los dos.

Este último concepto de estrés lo retomaron Lazarus y Folkman en 1984, proponiendo que “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Esta definición hace referencia a que el estrés se relaciona con aspectos psicológicos, de acuerdo a la percepción que la persona tiene del estímulo estresor. Aunque no menciona directamente el aspecto fisiológico, vincula aspectos cognitivos en la interpretación del estrés y explica las diferencias individuales en el proceso de reacción de estrés, así lo que una persona considera amenazante probablemente otra no. Palacios (1998), apoya esta acepción al decir que la reacción de estrés está estrechamente relacionada con los procesos de aprendizaje y modulada por la experiencia.

También se ha considerado al estrés como un proceso en el cual el medio ambiente demanda una gran cantidad de esfuerzo o excede la capacidad de adaptación de un organismo, lo cual resulta en cambios biológicos y psicológicos que pueden vulnerar la salud del organismo por diferentes mecanismos y exponerlo a padecer enfermedades (Cohen, Kessler y Gordon, 1997).

Esta definición hace énfasis en las consecuencias negativas que el organismo puede sufrir, el padecimiento de enfermedades y además considera los tres componentes principales del estrés, biológico, psicológico y ambiental.

## **2.2 ESTRÉS “BUENO” Y ESTRÉS “MALO”**

### **2.2.1 Nivel óptimo de activación**

El estrés es una respuesta adaptativa que resulta benéfica para el organismo, ya que implica un grado de activación que, cuando se encuentra en un nivel óptimo, incrementa el desempeño y mantiene la salud (Buceta y Bueno, 2001).

Las personas difieren en el nivel de activación óptimo para llevar a cabo sus actividades, sin embargo, demasiada o muy poca activación impide el funcionamiento del organismo (Sarafino, 1994). Cuando una persona se encuentra totalmente relajada, es incapaz de continuar con sus actividades, lo cual disminuye su rendimiento, y por el contrario, cuando una persona sobrepasa el nivel de activación óptimo rendirá menos debido a un estado de agotamiento (Buceta y Bueno, Op. cit).

Cuando el esfuerzo es constante y en un nivel apropiado, Buceta y Bueno, Op. cit. hablan de un estado de fluidez física y psicológica que permite a la persona realizar sus actividades de manera adecuada, utilizando sin dificultad sus habilidades. Este nivel óptimo de activación es diferente para cada persona y depende de la tarea a realizar, cuando es muy compleja se pone en marcha mayor esfuerzo que cuando la actividad es sencilla y menos tediosa.

### 2.2.2 Eustrés y distrés

Bensabat (1994) menciona que existen dos tipos de estrés, el estrés bueno y el estrés malo. Selye hacía referencia a dos tipos de estrés que son *distress* y *eustress*. Shturman (2005) habla de tres tipos de estrés, incluyendo al estrés bueno y al estrés malo, pero también a un tercero que es el nivel óptimo de activación o estrés normal ya mencionado anteriormente.

- Estrés normal: Es todo aquello que hace al ser humano moverse y realizar sus actividades y funciones, como son el desarrollo de los instintos de sobrevivencia y de procreación. Toda actividad produce estrés y todo pensamiento también.
- El estrés bueno, también llamado eustrés y es todo aquello que causa placer, todo lo que se realiza o se acepta hacer en armonía con uno mismo, con su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación. En el eustrés la respuesta de adaptación se encuentra al mismo nivel que la demanda, por lo que el organismo puede satisfacerla fácilmente produciendo una sensación de satisfacción emocional.
- El estrés malo o también conocido como distrés es todo aquello que disgusta, que se realiza con falta de voluntad, en contradicción con uno mismo, con su medio ambiente o con la propia capacidad de adaptación, por lo que conlleva una emoción negativa. En el distrés, la respuesta de adaptación se encuentra desequilibrada con respecto a la demanda, pues ésta puede ser excesiva o insuficiente, por lo que resulta en agitación o aburrimiento y tedio.

Estas reacciones ante la demanda dependen de la forma como se interpretan los acontecimientos, un estímulo puede provocar distrés en una persona y en otra ser neutra o provocar eustrés. Por lo tanto, las reacciones dependen del nivel de

estrés, el umbral de resistencia del individuo y el ritmo de adaptación de cada uno (Bensabat, 1994).

## 2.3 RESPUESTAS FISIOLÓGICAS AL ESTRÉS

Cuando un organismo se encuentra expuesto a demandas externas del medio ambiente, es común que ocurran cambios físicos internos como respuesta a tal demanda. Esto conlleva a que cada persona actúe de diferentes maneras y ponga en marcha diferentes formas de afrontamiento que en ocasiones no son adecuadas y por el contrario, pueden exacerbar los síntomas de estrés.

Hans Selye observó en 1936, mientras realizaba experimentos con ratas en la Universidad de McGill, que una variedad de preparaciones glandulares e impuras producían un síndrome estereotipado que se caracterizaba por agrandamiento e hiperactividad de la corteza adrenal, la atrofia del timo y los nodos linfáticos, así como la aparición de úlceras gastrointestinales. Estos cambios también eran inducidos por cambios climáticos, infecciones, trauma, irritación nerviosa y otros estímulos como mecanismo de defensa del cuerpo ante diversos agentes.

Selye llamó a estos cambios internos el “*Síndrome General de Adaptación*” (SGA), compuesto por tres etapas o estadios (Selye, 1983):

- a) Reacción de Alarma: Es la reacción del organismo cuando repentinamente se expone a diversos estímulos para los cuales no es capaz de adaptarse. Esta etapa a su vez se presenta en dos fases:
  - a.1) Fase de Shock: Es la reacción inmediata al agente nocivo. Implica síntomas como taquicardia, pérdida de tono muscular, disminución de la temperatura y disminución de la presión sanguínea.

a.2) Fase de contrashock: Se caracteriza por la movilización de los mecanismos de defensa, durante esta fase la corteza adrenal se agranda y se incrementa la secreción de hormonas glucocorticoides, que tienen su efecto en el metabolismo de carbohidratos, aumentando el nivel de glucosa en sangre y poseen un efecto antiinflamatorio en concentraciones elevadas (Rosenzweig y Leiman, 1992).

La mayoría de las enfermedades por estrés agudo corresponden a estas dos fases de reacción de alarma.

b) Estado de Resistencia: En esta etapa el organismo se adapta al estresor y los síntomas mejoran o desaparecen. Las manifestaciones de esta etapa son casi opuestas a la primera, la corteza adrenal deja de secretar glucocorticoides, el estado del organismo regresa a un nivel normal. Sin embargo, mientras más expuesto se encuentre el organismo al estímulo estresor, puede entrar a un estado de agotamiento.

c) Estado de agotamiento: Si el estresor es lo suficientemente grave y mantenido, los síntomas regresan y el organismo muere.

Selye señaló que las dos principales vías por las que actúa la respuesta de estrés son el sistema circulatorio y el sistema nervioso.

Se han propuesto tres ejes principales por los que se activa la respuesta de estrés en el organismo, los ejes neural, neuroendocrino y endocrino (Everly, 1989). Adicionalmente, el sistema inmunológico se encuentra estrechamente relacionado con la respuesta al estrés (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

### **2.3.1 Eje neural**

El eje neural es el más rápido de los tres; se compone de dos vías por las que se envía la señal y son el Sistema Nervioso Simpático y el Sistema Nervioso Parasimpático.

En una situación de estrés, el hipotálamo (estructura clave en el control de las funciones corporales internas) integra la información de las vías sensoriales y viscerales, desencadenando la activación del sistema nervioso simpático que produce una variedad de efectos como aceleración del pulso, respiración, sudoración, tensión muscular, etc. ( Sandi, Venero y Cordero, 2001). La adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina), son neurotransmisores del sistema nervioso simpático responsables de la excitación de la mayoría de los órganos y de la inhibición de otros. La acetilcolina en cambio, actúa bajo la estimulación del sistema nervioso parasimpático y su finalidad es la restauración del organismo al actuar de forma opuesta al sistema nervioso simpático (Guyton, 1994).

### **2.3.2 Eje neuroendocrino**

El Sistema Nervioso Simpático no puede enviar señales de estrés de forma sostenida, por lo que cuando la situación estresante se mantiene en tiempo e intensidad, entra en acción el eje neuroendócrino para asegurar la respuesta al estrés (Sandi, Venero y Cordero, 2001), ya que es un sistema más lento en su activación y requiere la presencia de condiciones de estrés mantenidas (Buceta y Bueno, 2001).

El complejo dorsomedial del hipotálamo-amigdalario es el punto más alto de origen para la respuesta de lucha o huida descrito por Cannon (Every, 1989). Al haber un disparo activador de la amígdala, la señal viaja por las regiones lateral y posterior del hipotálamo, a través de la médula espinal hasta la glándula adrenal, ocurriendo

como consecuencia la activación de la médula adrenal y la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), originadas en la misma, lo cual produce efectos similares a los debidos por la activación del Sistema Nervioso Simpático en el organismo, pero con un efecto más duradero, cuya descripción se presenta a continuación (Bensabat, 1994):

Sistema cardio-vascular: aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la presión arterial por la acción vasoconstrictora. El efecto tiene como objetivo asegurar una mayor irrigación al cerebro y a otros órganos, entre ellos los músculos.

Metabólico: Liberación inmediata de azúcar a partir de las reservas hepáticas, además de ácidos grasos, lo que da como lugar la síntesis de los triglicéridos que junto con el colesterol representan las dos categorías de grasas sanguíneas.

Coagulación: Aceleración de la coagulación por el aumento de plaquetas en la sangre.

Órganos: Aceleración de la frecuencia respiratoria, dilatación de los bronquios, lo que permite una mejor oxigenación, aumento de transpiración y disminución del peristaltismo, originando estreñimiento, que es un síntoma muy común en los padecimientos digestivos.

### **2.3.3 Eje endocrino**

Mason en 1968 afirmó que la mayoría de las respuestas somáticas prolongadas y crónicas de estrés se deben a los ejes endocrinos (Everly, 1989). El eje endocrino se subdivide a su vez en cuatro ejes principales:

El *eje adrenal hipofisiario*, que tiene su proceso de la glándula hipófisis a la corteza de las glándulas adrenales en donde se produce la liberación de

glucocorticoides y mineralocorticoides, responsables de la retención de sal en los riñones, y por consecuencia retención de líquido y aumento en los depósitos de glucógeno en el hígado, efectos que contribuyen a padecimientos como hipertensión o necrosis de miocardio. A su vez, la hipófisis anterior libera en sangre opiáceos endógenos que aumentan la tolerancia al dolor en situaciones de estrés (Buceta, 2001; Everly, 1989).

El *eje somatotrópico*, en el que la glándula pituitaria secreta hormona del crecimiento o somatotrópica hacia el torrente sanguíneo. El efecto de esta hormona aún no es del todo claro con respecto al papel que juega en la respuesta de estrés, sin embargo Selye determinó que probablemente está implicada en la secreción de mineralocorticoides, relacionados con el equilibrio iónico en el organismo (Everly, 1989).

El *eje tiroideo* se relaciona con el aumento en la actividad de la glándula tiroides y la secreción de tiroxina, lo que ocasiona cambios en el metabolismo, conducentes a un desgaste general del organismo.

*El eje pituitario posterior* se encuentra implicado en la secreción de vasopresina u hormona antidiurética (que se encarga de regular la concentración osmótica de los líquidos extracelulares) y oxitocina al sistema circulatorio. La oxitocina parece ser un marcador biológico de estrés social en las mujeres, lo cual se asocia con un aumento en la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical, y no se ha comprobado el mismo efecto en hombres (Taylor, Gonzaga, Klein, Hu, Greendale y Seeman, 2006).

La activación del eje endocrino se asocia con un déficit en estrategias de afrontamiento por parte de la persona, principalmente el eje adrenal hipofisiario, el cual se relaciona con la percepción de poco control de la situación, indefensión y desesperanza, pasividad, inmunosupresión, y sintomatología gastrointestinal, por lo que se le ha llamado el sistema de “afrontamiento pasivo” (Everly, 1989).

### 2.3.4 Sistema Inmunológico

Además de la relación que existe entre el sistema nervioso y el sistema endócrino en la respuesta de estrés, existen datos de que el sistema inmunológico también interactúa con estos dos sistemas, pues se ha detectado una inervación directa del sistema nervioso autónomo sobre algunos órganos y células inmunológicas que cuentan con receptores específicos para ciertos neurotransmisores, y para los mensajeros inmunológicos (citocinas), entre ellos la interleucina-1 (IL-1 que participa en los procesos inflamatorios y es responsable de la elevación de la temperatura en el organismo), secretada por los macrófagos<sup>1</sup>, es capaz de estimular el eje neuroendócrino (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

El sistema inmune funciona con mecanismos complejos que regulan la reacción corporal hacia las amenazas del medio ambiente y el mal funcionamiento del organismo mismo. Las amenazas del ambiente suelen ser virus, bacterias, parásitos y toxinas, mientras que las internas incluyen el mal funcionamiento de las células. Este proceso implica el reconocimiento de un antígeno en el organismo por parte de células especializadas para poder actuar en contra del invasor. Se conoce como antígeno a una proteína que generalmente se encuentra en la superficie de la célula y que sirve para identificar al invasor (Aldwin, 1994).

Una vez que el sistema inmune ha identificado al antígeno en el organismo, realiza un proceso de modificación de sus propiedades celulares para combatir el cuerpo o sustancia extraños (Valdés y Flores, 1990).

Además, las células del sistema inmunológico poseen una especie de memoria que les permite identificar qué componentes son necesarios para combatir al antígeno en ocasiones posteriores también denominada inmunidad (Aldwin, 1994).

---

<sup>1</sup> El macrófago es la célula fagocítica más importante y grande del sistema linfóide. La interleucina-1 es secretada por los macrófagos cuando éstos son activados por toxinas del agresor (Zambrano, 1998).

Estudios acerca del estrés y el sistema inmunológico en humanos, revelan que existe una relación confiable entre la percepción de estrés y varios aspectos del sistema inmune, como son, la reducción en la actividad de las células NK o *Natural Killers* que se encargan de eliminar elementos extraños en el organismo sin que sea necesaria una inmunización previa (Regueiro, López, González y Martínez, 2002), así como células B (responsables de la síntesis de anticuerpos o inmunoglobulinas) y las inmunoglobulinas IgM (respuesta primaria a patógenos) e IgA (inmunidad de mucosas), lo que conlleva a que el organismo se encuentre vulnerable a infecciones y enfermedades en mayor medida (Marsland, Bachen, Cohen y Manuck, 2001).

**Tabla 2.1 Alteraciones en el sistema inmunológico inducidas por estrés en humanos**

Tipo de estrés	Efectos inmunológicos
Exámenes finales universitarios	↓producción de interferón (que inhibe la replicación viral dentro de las células) ↓citotoxicidad de células NK ↑anticuerpos contra el virus del herpes
Vuelos espaciales	↑ número de neutrófilos (circulan en la sangre y migran a los tejidos en respuesta a una invasión local, lo que los hace muy importantes en la fase inflamatoria aguda)
Cambios vitales	↓citotoxicidad de linfocitos ↓fagocitosis
Muerte de la pareja	↓proliferación de linfocitos
Ruido, privación de sueño	↑producción de interferón
Esfuerzos académicos	↓IgA en saliva

Sandi, Venero y Cordero, 2001

## **2.4 EL ESTRÉS COMO EVENTO EXTERNO**

Algunas personas suelen considerar al estrés como el conjunto de exigencias externas que el ambiente plantea al organismo (Caballo y Simón, 2000). Selye llama agentes productores de estrés a aquellos que provocan el Síndrome General de Adaptación, es decir, la respuesta de estrés del organismo (Selye, 1983).

Bensabat (1994) considera a los estresores o factores del mal estrés son aquellos que exigen un exceso de adaptación física, psicológica o biológica y que son responsables de una respuesta que va más allá de la respuesta fisiológica normal, ocasionando el desgaste del organismo. En general se define al estímulo que provoca una respuesta de estrés como estresor (Palacios, 1998).

### **2.4.1 Tipos de estresores**

Palacios, 1998 considera dos tipos básicos de estresores: psicosociales y biológicos.

- a) **Psicosociales:** Un evento se convierte en estresor como consecuencia de la evaluación cognitiva que el sujeto hace de él. Un embotellamiento de tráfico es un evento neutro que se convierte en estresor cuando algún automovilista interpreta como indeseable esa situación; de no haber una atribución indeseable, el evento no tiene efectos estresantes.
  
- b) **Biológicos:** Los estresores de tipo biológico se llaman así por sus propiedades eléctricas o bioquímicas, pues son capaces de generar una respuesta de estrés sin existir actividad cognitiva previa, en ocasiones sin la participación de estructuras nerviosas superiores.

Elliot y Eisdorfer en 1982 clasificaron los estímulos estresores tomando como pauta el factor temporal en cuatro categorías generales (Barrero, 2000; Buceta y Bueno, 2001):

- Estímulos estresantes agudos: Son aquellos que están muy limitados en el tiempo, por ejemplo, la espera de calificaciones de un examen, una entrevista de trabajo, etc.
- Secuencia de estímulos estresantes: Es la serie de acontecimientos que tiene lugar a lo largo de un periodo relativamente prolongado, como consecuencia de un estímulo desencadenante inicial, por ejemplo un proceso de divorcio, perder el empleo, etc.
- Estímulos estresantes intermitentes y crónicos: Como ejemplo las discusiones frecuentes con la pareja o la presentación de exámenes en la escuela.
- Estímulos estresantes crónicos: Enfermedades y trabajos estresantes por el peligro que conllevan o la tensión que exigen, por ejemplo, una incapacidad permanente o estar en la cárcel.

Caballo y Simón (2000) hacen referencia a la clasificación de los estresores de acuerdo a la calidad del acontecimiento en vez de su duración:

- Cambios importantes generalmente catastróficos que afectan a una gran cantidad de personas, por ejemplo desastres naturales o una guerra.
- Cambios importantes que afectan a una o varias personas, como cambiarse de empleo, enfrentar un duelo, etc.

- Contratiempos cotidianos que pueden presentarse en forma de amenazas y retos menores, que tienen lugar frecuentemente y de manera repetida como los problemas de tráfico, discusiones con compañeros de trabajo, etc.

Aunque los eventos estresantes agudos se encuentran relacionados con la exacerbación de los síntomas de SII, los estresores crónicos son los principales precipitantes del trastorno (Bennett y Kellow, 2002).

## **2.5 EVALUACIÓN COGNITIVA DEL ESTRÉS**

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1984) el estrés debe considerarse como una transacción entre las demandas del medio ambiente y los recursos de afrontamiento con los que cuenta el organismo.

Cabe destacar que la respuesta de estrés en cada persona o grupo es diferente, de acuerdo a su sensibilidad y vulnerabilidad a cierto tipo de acontecimientos y a su interpretación de los mismos. Sin embargo, para poder comprender las diferencias en la respuesta emitida por cada persona ante situaciones similares, es importante tomar en cuenta los procesos cognitivos que funcionan como mediador entre el encuentro con el estímulo y la emisión de la respuesta de estrés del organismo.

Se considera a la evaluación cognitiva como el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en un individuo, el cual se manifiesta durante el estado de vigilia. La evaluación cognitiva tiene lugar mediante la evaluación primaria y la evaluación secundaria, aunque, la acepción *primaria* y *secundaria* no implica un ordenamiento o preponderancia de una sobre la otra (Lazarus y Folkman, 1984).

### **2.5.1 Evaluación Primaria**

La evaluación primaria se realiza para saber si el estímulo percibido tiene alguna repercusión para la persona, ya sea benéfica o perjudicial, en el momento o a futuro. Se consideran tres clases de evaluación primaria: irrelevante, benigno-positiva y estresante. La categoría irrelevante se presenta cuando la persona no manifiesta interés por las posibles consecuencias, pues no pierde ni gana nada ante el estímulo y se acompaña del fenómeno de habituación al mismo. En las evaluaciones benigno-positivas, la persona evalúa las consecuencias del encuentro con el estímulo como positivas y benéficas pues le proveen de bienestar o le ayudan a conseguirlo y se acompañan de emociones positivas, como amor, alegría, felicidad o tranquilidad. Las evaluaciones estresantes implican el significado atribuido de pérdida o daño, amenaza y desafío y se acompañan generalmente de emociones negativas, como ira, tristeza, miedo o ansiedad.

El significado de daño o pérdida se presenta cuando la persona ya ha sufrido un perjuicio físico, pérdida de un ser querido o daño a la autoestima. La amenaza en cambio se refiere a los daños o pérdidas que aún no han ocurrido pero que el individuo prevé. En este caso, la amenaza permite la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento con anticipación.

El desafío también pone en marcha estrategias de afrontamiento, pero se diferencia de la amenaza en que en ésta se le atribuye mayor valor al potencial lesivo del estresor y en el desafío se valoran más la capacidad y los recursos con que se cuentan para vencerlo o sobrellevarlo.

### **2.5.2 Evaluación Secundaria**

La evaluación secundaria se dirige a determinar las acciones a tomar ante la amenaza del estresor evaluando cada uno de los recursos con los que cuenta la

persona, para determinar cuál será el más efectivo, anticipando las consecuencias al aplicar una solución.

Existe una interacción entre la evaluación primaria y la evaluación secundaria para poner en marcha las estrategias de afrontamiento pertinentes, de acuerdo a la evaluación de las consecuencias realizada en la evaluación primaria.

En este punto se habla de reevaluación, este concepto hace referencia a la nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla, con base en la nueva información recibida del entorno o de las reacciones de la persona, lo cual puede eliminar o aumentar la tensión experimentada (Lazarus y Folkman, 1984).

## **2.6 ESTRÉS Y ENFERMEDAD**

Debido a la implicación directa de las vías psicofisiológicas e inmunológicas en la respuesta de estrés, los efectos que ésta tiene sobre el organismo pueden ser perjudiciales, dando lugar a múltiples padecimientos y enfermedades.

El origen de las enfermedades es multifactorial, pues se ven involucrados aspectos como los antecedentes personales del individuo, factores biológicos de la enfermedad y los medio ambientales que pueden o no precipitar los síntomas del trastorno (Cruz y Vargas, 2001). Sin embargo, existen datos suficientes para asegurar que el papel que juega la percepción de estrés en la enfermedad es determinante para precipitar los síntomas; por otra parte, las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo son muy importantes en el progreso y recuperación de la enfermedad (Marsland, Bachen, Cohen y Manuck, 2001).

En una investigación en la que buscaron determinar el rol que juega la respuesta de estrés percibida y la respuesta cardiovascular entre participantes con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y aquellos con trastorno de unión temporomandibular,

(disfunción que existe en la mandíbula y la zona temporal al hablar o masticar, lo cual produce dolor en la zona) en situaciones de estrés agudo. Se buscaba examinar si estos participantes son más reactivos a la respuesta de estrés que participantes controles, quienes no tenían ningún padecimiento. Se utilizaron tres muestras diferentes (participantes con SII, con trastorno de unión temporomandibular y sin padecimiento), se controlaron las variables que podían influir en la respuesta cardiovascular y de estrés, como el consumo de sustancias precipitadoras de estrés, práctica de ejercicio, privación de sueño, etc. y se aplicaron dos tareas estresantes con descansos entre cada una. Las tareas consistieron en la prueba del Stroop y de expresión verbal en público al describir un efecto vergonzoso (Plante y Ford, 2000).

Aunque la respuesta cardiovascular no difirió significativamente entre los grupos, la percepción de estrés fue mayor en los participantes con SII y con trastorno temporomandibular que en los controles. Lo cual implica que las personas con un padecimiento relacionado con dolor crónico perciben mayor estrés de los acontecimientos de vida que las personas sin padecimiento.

Así, la percepción de estrés se ve directamente involucrada con el inicio de enfermedades infecciosas y respiratorias, pues la influencia del estrés sobre el sistema inmune se considera como la vía primaria biológica a través de la cual el estrés puede generar una patología infecciosa (Marsland, Bachen, Cohen y Manuck, 2001). Se han encontrado resultados acerca del papel del estrés crónico (desempleo, conflictos interpersonales) sobre la reacción inmunológica en enfermedades como el resfriado común, aunque el estrés agudo no tiene los mismos efectos (Cohen, 2002).

Así también los trastornos gastrointestinales de tipo funcional como la dispepsia funcional (Tobón, Vinaccia, y Sandín, 2003) y el Síndrome de Intestino Irritable se ven influenciados por la presencia de eventos estresores previos a la aparición de los síntomas (Bennett y Kellow, 2002).

En síntesis, la presencia de estrés en las personas activa estrategias de afrontamiento para disminuir sus efectos de acuerdo a los recursos con los que se cuenta. Aunque algunos pueden llevar a la mejoría de los síntomas debido a que se da solución a los problemas o situaciones que generan estrés, en ocasiones la disminución de los síntomas sólo es momentánea, si el problema persiste e incluso incrementa los síntomas de estrés generando problemas mayores como estados de ansiedad o depresión.

## CAPÍTULO III. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

### 3.1 ¿Qué es el afrontamiento?

El ser humano se enfrenta a estímulos estresores durante toda su vida, incluso desde muy pequeño (Aldwin, 1994), por lo tanto el ser humano requiere realizar acciones encaminadas a afrontar las situaciones incómodas para evitar el estrés o disminuir su efecto.

Desde la óptica psicodinámica, el afrontamiento se considera como “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por lo tanto reducen el estrés” (Lazarus y Folkman, 1984). Bajo esta aproximación, el afrontamiento se considera como un conjunto de mecanismos de defensa, pero como un *rasgo de la personalidad*, más que como un proceso que implica cambiar de estilo de afrontamiento según lo requiera la situación (Lazarus y Folkman, Op. cit).

En contraste con las teorías de la personalidad, la *aproximación situacional*, argumenta que los tipos de estrategias que los individuos utilizan para afrontar los problemas, dependen principalmente de las demandas ambientales. Así surgen las investigaciones que se aproximan al estudio del afrontamiento centrado en la emoción y centrado en el problema (Lazarus y Folkman, 1984).

Los enfoques cognitivos se basan en la noción de que el individuo afronta los problemas de acuerdo a su evaluación previa, así también sus estrategias de afrontamiento se modifican de acuerdo a las demandas del medio ambiente y por sus consecuencias. Éstas se pueden dividir en estrategias centradas en la emoción o centradas en el problema, y postulan que es importante identificar las situaciones bajo las cuáles se utiliza cierto tipo de estrategias y si favorecen o no la adaptación positiva (Aldwin, 1994).

Lazarus y Folkman (1984), hacen hincapié en la diferencia que existe entre la conducta adaptativa automática y el afrontamiento. La conducta automática es inmediata y no requiere de ningún esfuerzo, en cambio el afrontamiento requiere de una evaluación de la situación y de esfuerzo para manejarla, independientemente del resultado, aunque se espera que la estrategia de afrontamiento esté encaminada a mejorar la situación.

Estos autores proponen que el afrontamiento se puede definir como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

### **3.2 Estilos de afrontamiento: Propuestas clásicas**

Lazarus y Folkman (1984) distinguen principalmente entre dos formas de afrontamiento, que son los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y los modos de afrontamiento dirigidos al problema.

#### **3.2.1 Modos de afrontamiento orientados a la emoción**

Son los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional al manejar los sentimientos provocados por una crisis y mantener el equilibrio afectivo, aunque algunos individuos emplean estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado del trastorno emocional para poder rendir mejor en sus actividades, por ejemplo, las personas cuyo desempeño laboral mejora cuando trabajan bajo presión, sin embargo, también pueden exacerbar o mantener el malestar emocional sin una mejora o solución al estresor.

La reevaluación es una estrategia de afrontamiento que busca modificar la forma de percibir la situación sin cambiarla objetivamente, de este modo, la amenaza

disminuye en su capacidad para provocar estrés en la persona, no obstante, se considera que el individuo puede no ser consciente de que ha distorsionado la realidad cognitivamente para disminuir su estrés.

### **3.2.2 Modos de afrontamiento orientados al problema**

Son estrategias de afrontamiento que se dirigen a la definición del problema, confrontando la realidad de una crisis y sus posibles secuelas intentando construir una situación satisfactoria mediante la búsqueda de soluciones, así como la consideración de éstas de acuerdo a su costo-beneficio, a fin de elegir las y aplicarlas. En este tipo de afrontamiento se considera no sólo el entorno que representa la situación modificable, sino los procesos y recursos internos del individuo.

Ambos modos de afrontamiento pueden presentarse indistintamente, pues no son excluyentes el uno del otro, e incluso, pueden interactuar entre sí, de forma que, por ejemplo, una persona que en una situación dada emplea el estilo centrado en la emoción, puede disminuir la emoción negativa y con esto, proponer alternativas funcionales que conlleven a la solución definitiva del problema.

### **3.3 Modos de afrontamiento: Una propuesta más reciente**

Moos y Schaefer (1986), describen las habilidades de afrontamiento de acuerdo al aspecto en el que se centra el estilo de afrontamiento. Consideran el afrontamiento *centrado en el problema* y *en la emoción*, descritos anteriormente por Lazarus y Folkman, 1984, pero además incluyen el afrontamiento centrado en la evaluación del problema.

El *afrontamiento centrado en la evaluación* pretende entender y encontrar un patrón de significado en una crisis. El proceso de evaluación y reevaluación es una forma de afrontamiento que sirve para modificar el significado y comprender la amenaza de una situación.

Dentro del afrontamiento centrado en la evaluación se incluyen las siguientes estrategias:

*Análisis lógico y preparación mental.* Es una estrategia cognitiva cuyo objetivo es poner atención en un aspecto de la crisis y al mismo tiempo fragmentarlo en partes más pequeñas y manejables, tomando en cuenta las experiencias pasadas y las posibles consecuencias, implica la planeación anticipada para enfrentarse con el estresor.

*Redefinición cognitiva.* Esta categoría cubre las estrategias cognitivas mediante las cuales un individuo acepta la realidad básica de una situación, pero la reestructura para encontrarla favorable. Incluyen razonamientos acerca de que las cosas podrían ser peor, compararse con otra persona en una situación peor a la propia y concentrarse en una situación favorable dentro de la crisis.

*Evitación cognitiva o negación.* Implica una serie de habilidades encaminadas a negar o minimizar el tamaño o la gravedad de una crisis. Se utiliza esta estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor. Son útiles para la persona porque proveen del tiempo oportuno para que desarrolle otros recursos de afrontamiento necesarios o afronte situaciones estresantes sobre las que posee poco control.

Dentro del afrontamiento centrado en el problema se encuentran las siguientes:

*Búsqueda de información y apoyo:* Este conjunto de habilidades tiene como objetivo el buscar información acerca de la crisis y prever cursos de acción y sus

posibles resultados. Suelen usarse en combinación con Análisis Lógico para restablecer su percepción de control sobre la situación y así prepararse para resolver el problema.

*Solución de Problemas:* Implica tomar una acción concreta para tratar directamente con el problema o estresor.

*Identificación de Recompensas Alternativas:* Implica el intentar reemplazar las pérdidas involucradas en ciertas transiciones y crisis por otras actividades y crear nuevos recursos de satisfacción.

Dentro del afrontamiento centrado en la emoción se encuentran las siguientes estrategias:

*Regulación afectiva:* Esta estrategia implica los esfuerzos para mantener la esperanza y el control sobre las emociones cuando se enfrenta una situación estresante.

*Descarga Emocional:* Consiste en reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, como enojo, desesperación, llanto, etc. Aunque también puede implicar desobedecer las reglas sociales o el empleo de estrategias de reducción de tensión como beber, fumar, ingerir drogas o tranquilizantes.

*Aceptación-Resignación:* Su finalidad es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación ante el mismo, lo cual no implica resolver el problema sino simplemente aceptarlo.

### 3.4 Estilos de afrontamiento y enfermedad física

Moos y Schaefer (1984), consideran una lesión o enfermedad como una crisis de vida, y proponen que la evaluación cognitiva que el individuo realiza, así como las acciones adaptativas y la efectividad de sus estilos de afrontamiento dependen de tres factores: aspectos demográficos y personales del individuo, características de la enfermedad y aspectos sociales y medio ambientales a los que se encuentra expuesto, tanto el paciente como sus familiares y amigos.

Así, Moos y Schaefer, opcit, establecen los estilos de afrontamiento, en función de las acciones que el individuo realiza para lidiar con la enfermedad o crisis de vida (tabla 3.1), por lo que se han utilizado los estilos de afrontamiento de Moos en el ámbito de la salud.

**Tabla 3.1 Acciones adaptativas ante la enfermedad**

Acciones relacionadas con la enfermedad
Manejo del dolor, incapacidad y otros síntomas
Lidiar con el medio hospitalario y procedimientos especiales de tratamiento
Desarrollo y mantenimiento adecuado de relaciones con el personal médico
Acciones generales
Preservar un equilibrio emocional razonable
Preservar una adecuada auto-imagen y mantener un sentido de competencia y auto-eficacia
Mantener buenas relaciones con la familia y amigos
Prepararse para un futuro incierto

El conocimiento de la relación que existe entre los trastornos de la salud como son los de tipo gastrointestinal, particularmente Síndrome de Intestino Irritable y el nivel de estrés que perciben las personas con los estilos de afrontamiento que utilizan ante dichas situaciones es de gran importancia para el manejo de estos individuos. Se pueden implementar programas de tratamiento que favorezcan el uso de estrategias de afrontamiento más funcionales, útiles y adaptativas ante dichas situaciones, con lo cual se busca mejorar la calidad de vida de quienes padecen estos trastornos.

Dado que por la naturaleza y demandas sobre sus actividades, la población estudiantil universitaria es vulnerable a padecer este tipo de trastornos, el primer paso para conocer los estilos de afrontamiento de los individuos con SII es contar con un instrumento psicométrico que posea características de validez y confiabilidad para el tipo de población a estudiar.

## **ESTUDIO I: Propiedades de validez y confiabilidad de la Escala de Afrontamiento de Moos y Escala de Percepción de Estrés de Cohen**

### **MÉTODO**

El objetivo del presente estudio fue determinar algunas de las propiedades psicométricas como la validez y confiabilidad de los instrumentos:

- Estrategias de Afrontamiento Personal, Subescala de la versión castellana, traducida y adaptada por los Doctores H. Ayala y J. J. Sánchez Sosa, de la Escala de Salud y Vida Cotidiana, Forma B de Moos, R. (1984), (UNAM, 1997).
- Escala de Percepción de Estrés de Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983), también traducida y adaptada por el Dr. J. J. Sánchez Sosa (UNAM, 1997).

Debido a que los instrumentos revisados en el presente estudio se utilizaron para investigar la relación entre la presencia de Síndrome de Intestino Irritable y las estrategias utilizadas por una muestra de estudiantes universitarios en el Estudio II, fue importante determinar las propiedades psicométricas de los mismos, en alumnos universitarios.

### **Participantes**

La muestra para el presente estudio fue de tipo no aleatoria accidental de participantes voluntarios, ya que se abordaron a los alumnos en las explanadas de las escuelas y facultades preguntándoles si deseaban responder a los instrumentos.

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo al principio general de que el número mínimo es de cinco a diez sujetos por cada reactivo contemplado en la

prueba (Cohen y Swerdlik, 2006). Participaron un total de 891 estudiantes de nivel licenciatura de la UNAM y 20 externos a la misma que se encontraban en el Campus de Ciudad Universitaria al momento de la aplicación, de edades entre 17 a 49 años, con una media de 21 años de edad.

De los 914 participantes 480 (52.5%) fueron hombres y 430 (47%) fueron mujeres, 4 participantes no especificaron sexo (0.4%). Del total, 872 participantes (95.4%), manifestaron ser solteros, 26 (el 2.8%) se encontraban casados y 16 no respondieron su estado civil (1.8% del total). La frecuencia de participantes por escuela o facultad se describe en la Tabla 4.1.

**Tabla 4.1 Frecuencia de participantes por escuela o facultad**

<b>Escuela o Facultad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Arquitectura	43	4.7
Ciencias	36	3.9
Ciencias Políticas y Sociales	77	8.4
Contaduría y Administración	112	12.3
Derecho	70	7.7
Economía	76	8.3
Escuela Nacional de Artes Plásticas	5	0.5
Escuela Nacional de Música	2	0.2
FES Acatlán	1	0.1
FES Aragón	4	0.4
FES Iztacala	1	0.1
Filosofía y Letras	119	13.1
Ingeniería	93	10.2
Medicina	75	8.2
Odontología	69	7.5
Psicología	7	0.8
Química	42	4.6
Trabajo Social	24	2.6
Medicina Veterinaria y Zootecnia	30	3.3
Externa a la UNAM	20	2.2
No contestó	8	0.9

La tabla 4.2 muestra la frecuencia de los alumnos y el semestre en el que se encontraban inscritos al momento del estudio. Cabe destacar que hubo 19 alumnos que se encontraban en calidad de tesista o pasante de la licenciatura y uno que estaba realizando su posgrado.

**Tabla 4.2 Frecuencia del semestre cursado al momento del estudio**

<b>Semestre</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1	9	1
2	217	23.7
3	25	2.7
4	203	22.2
5	22	2.4
6	153	16.7
7	28	3.1
8	144	15.8
9	18	2
10	42	4.6
13	1	0.1
Pasante	19	2.1
Posgrado	1	0.1
No contestó	32	3.5

### **Instrumentos y materiales**

La *Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos* es un instrumento que evalúa ocho estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Las primeras cuatro escalas se refieren a estilos basados en la aproximación al problema (Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de Guía y Soporte y Resolución de Problemas), las cuatro restantes evalúan estilos de evitación o centrados en la emoción (Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional). De la misma forma, las dos primeras escalas de cada bloque evalúan métodos cognitivos y las dos restantes conductuales. Se compone de 35 reactivos referentes a los tipos de afrontamiento

propuestos por Moos con una escala de seis opciones de respuesta a elegir de “nunca” a “siempre o casi siempre”.

**Tabla 4.3 Estilos de Afrontamiento de Moos**

<b><u>Estrategia de afrontamiento</u></b>	<b><u>Reactivo muestra</u></b>
Análisis Lógico	“Pienso en varias maneras de resolver el problema”
Reevaluación Positiva	“Trato de verle el lado bueno al problema”
Búsqueda de guía y apoyo	“Hablo con un amigo sobre el problema”
Solución de Problemas	“Pienso en un plan de acción y lo echo a andar”
Evitación Cognitiva	“Trato de olvidarme por un tiempo del problema”
Aceptación-Resignación	“Como yo no puedo hacer nada para que funcionen las cosas, las acepto como vienen”
Búsqueda de Recompensas Alternativas	“Empleo mucho tiempo en actividades de recreo”
Descarga Emocional	“Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas”

Kirchner, 2003

En pacientes deprimidos las alfas de confiabilidad que arrojó el instrumento se encuentran en un rango de .41 a .66 para cada una de las áreas (Moos y Billings, 1984).

La *Escala de Percepción de Estrés (Perceived Stress Scale)* de Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R., 1983, es un instrumento de 14 reactivos que mide el grado en el que las personas consideran situaciones de la vida como estresantes y qué tanto evalúan sus vidas como impredecibles, incontrolables y sobrecargadas, componentes centrales de la experiencia de estrés (Cohen, et al, 1983). El puntaje de la Escala de Percepción de Estrés de Cohen se obtiene invirtiendo las puntuaciones de cada reactivo negativo (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 14) y sumando los 14 reactivos; es aplicable a personas con escolaridad mínima de bachillerato (Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R., 1983).

Cohen, et al, 1983, reportan coeficientes de confiabilidad alfa de .84, .85 y .86 en tres muestras diferentes (dos muestras de estudiantes de universidad y personas que participaron en un programa para dejar de fumar).

## **Procedimiento**

Se acudía a las facultades de Arquitectura, Ciencias, Ciencias Políticas, Contaduría y Administración, Derecho, Economía, Filosofía y Letras, Ingeniería, Medicina, Odontología, Psicología, Química, Medicina Veterinaria y Zootecnia y la Escuela Nacional de Trabajo Social, ubicadas en Ciudad Universitaria, particularmente en los lugares donde se reúnen mayor cantidad de estudiantes, como son las explanadas y jardinerías, así como en la Biblioteca Central, en donde se pudo contactar a estudiantes de otros campus e incluso externos a la UNAM.

Al abordar a los participantes se les preguntaba si podrían contestar un cuestionario con fines de investigar las propiedades psicométricas de dos instrumentos psicológicos relacionados a la percepción de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Al acceder a contestarlo se les proporcionaban los cuestionarios impresos y lápiz o pluma en caso de necesitarlos.

La aplicación fue de tipo colectiva, dándose las siguientes instrucciones verbales: "Por favor escriban sus datos personales en la parte de arriba donde se indica. Esta aplicación consta de 2 cuestionarios de opción múltiple, por favor escriban la letra que corresponda a la opción que elijan dentro del paréntesis para cada reactivo, de acuerdo a cómo han actuado en los últimos dos meses. Sus respuestas son absolutamente confidenciales, por favor contesten con toda sinceridad".

La aplicación de la Escala de Afrontamiento Personal de Moos duraba aproximadamente 12 minutos y la Escala de Percepción de Estrés de Cohen 8 minutos en promedio.

El investigador se mantuvo presente durante el tiempo que duró la aplicación a fin de responder a cualquier duda que pudiera surgir, pero a una distancia de aproximadamente 3 metros y se abstenía de realizar ningún comentario, cuando los participantes tenían dudas acerca de los reactivos, el aplicador sólo aclaraba expresamente el contenido del reactivo sin inducir ninguna respuesta al participante. Al final se revisaba que los instrumentos estuvieran completamente contestados.

## RESULTADOS

Se establecieron las propiedades psicométricas de las escalas. Primero se analizó la Escala de Afrontamiento Personal de Moos. Se procedió a determinar el grado de discriminación de los 35 reactivos por medio de una prueba t de student para muestras independientes, entre los grupos que mostraron los valores más altos y bajos de afrontamiento, tal como lo mide el instrumento (percentiles 25 y 75 del grupo), ver tabla 4.4. La prueba T es apropiada para establecer si existe discriminación entre los reactivos, ya que determina si existen diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 4.4 Análisis de discriminación de los reactivos de Moos mediante la prueba t**

<u>REACTIVO</u>	<u>Altos y bajos</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DE</u>	<u>t</u>	<u>GL</u>	<u>SIG*</u>
Trato de saber más sobre el problema	Bajos	4.05	1.46	-10.53	428	.000
	Altos	5.27	0.87			
Hablo con mi pareja o con otros parientes sobre el problema	Bajos	3.47	1.60	-11.91	428	.000
	Altos	5.10	1.20			
Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema	Bajos	3.77	1.59	-11.77	428	.000
	Altos	5.29	1.02			
Hablo con un profesionalista (médico, abogado, cura, etc.) sobre el problema	Bajos	1.77	1.19	-7.87	428	.000
	Altos	2.87	1.65			
Le pido a Dios que me guíe	Bajos	2.34	1.64	-11.62	427.33	.000
	Altos	4.24	1.75			
Rezo para darme valor	Bajos	1.84	1.34	-12.06	428	.000
	Altos	3.63	1.70			
Me preparo por si pasa lo peor	Bajos	3.17	1.52	-12.69	428	.000
	Altos	4.83	1.16			
No me preocupo, pienso que todo saldrá bien	Bajos	3.17	1.53	-7.62	428	.000
	Altos	4.22	1.33			
Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	Bajos	3.00	1.60	-2.10	426.68	.036
	Altos	3.32	1.56			
Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	Bajos	2.52	1.50	-0.91	427.64	.361
	Altos	2.65	1.50			

Continúa...

Continuación Tabla 4.4

<u>REACTIVO</u>	<u>Altos y bajos</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DE</u>	<u>t</u>	<u>GL</u>	<u>SIG*</u>
Trato de verle el lado bueno al problema	Bajos	3.09	1.41	-14.72	428	.000
	Altos	4.90	1.12			
Hago otras cosas para no pensar en el problema	Bajos	3.42	1.34	-10.55	428	.000
	Altos	4.71	1.19			
Pienso en un plan de acción y lo echo a andar	Bajos	3.33	1.41	-14.00	428	.000
	Altos	4.97	0.98			
Pienso en varias opciones para manejar el problema	Bajos	3.70	1.42	-14.26	428	.000
	Altos	5.28	0.79			
Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	Bajos	3.34	1.41	-16.24	428	.000
	Altos	5.19	0.90			
No dejo ver lo que siento	Bajos	3.62	1.59	-6.14	428	.000
	Altos	4.51	1.41			
Tomo las cosas como vienen	Bajos	3.63	1.45	-7.53	428	.000
	Altos	4.60	1.21			
Trato de analizar las cosas y ver realmente cómo son	Bajos	3.96	1.33	-13.09	428	.000
	Altos	5.36	0.82			
Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor	Bajos	4.01	1.35	-13.04	428	.000
	Altos	5.38	0.74			
Trato de no actuar precipitadamente	Bajos	3.57	1.51	-10.04	428	.000
	Altos	4.89	1.19			
Me digo cosas a mí mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras)	Bajos	3.22	1.48	-14.80	428	.000
	Altos	5.09	1.11			
Trato de olvidarme por un tiempo del problema	Bajos	3.30	1.41	-8.42	428	.000
	Altos	4.40	1.30			
Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas	Bajos	3.74	1.25	-14.28	428	.000
	Altos	5.18	0.79			
Evito estar con la gente	Bajos	2.70	1.57	1.13	427.09	.258
	Altos	2.53	1.54			
Trato de que en el futuro las cosas sean diferentes	Bajos	4.09	1.41	-11.16	428	.000
	Altos	5.36	0.89			
Me cuesta trabajo creer lo que está pasando	Bajos	2.58	1.44	-4.94	426.45	.000
	Altos	3.30	1.58			

Continúa...

Continuación Tabla 4.4

<u>REACTIVO</u>	<u>Altos y bajos</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DE</u>	<u>t</u>	<u>GL</u>	<u>SIG*</u>																																																																												
Como yo no puedo hacer nada para que funcionen las cosas, las acepto como vienen	Bajos	2.78	1.46	-6.42	426.70	.000																																																																												
	Altos	3.73	1.59				Trato de no sentir nada	Bajos	2.72	1.60	-3.20	427.35	.001	Altos	3.21	1.59	Busco la ayuda de personas o grupos que hayan tenido problemas parecidos anteriormente	Bajos	1.71	1.15	-9.82	428	.000	Altos	3.20	1.88	Trato de sacarle provecho al problema	Bajos	2.95	1.55	-14.32	428	.000	Altos	4.89	1.23	Intento relajarme o tomarlo con calma	Bajos	3.32	2.23	-4.08	428	.000	Altos	4.45	3.41	Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000	Altos	4.50	0.93	Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428
Trato de no sentir nada	Bajos	2.72	1.60	-3.20	427.35	.001																																																																												
	Altos	3.21	1.59				Busco la ayuda de personas o grupos que hayan tenido problemas parecidos anteriormente	Bajos	1.71	1.15	-9.82	428	.000	Altos	3.20	1.88	Trato de sacarle provecho al problema	Bajos	2.95	1.55	-14.32	428	.000	Altos	4.89	1.23	Intento relajarme o tomarlo con calma	Bajos	3.32	2.23	-4.08	428	.000	Altos	4.45	3.41	Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000	Altos	4.50	0.93	Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78						
Busco la ayuda de personas o grupos que hayan tenido problemas parecidos anteriormente	Bajos	1.71	1.15	-9.82	428	.000																																																																												
	Altos	3.20	1.88				Trato de sacarle provecho al problema	Bajos	2.95	1.55	-14.32	428	.000	Altos	4.89	1.23	Intento relajarme o tomarlo con calma	Bajos	3.32	2.23	-4.08	428	.000	Altos	4.45	3.41	Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000	Altos	4.50	0.93	Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																
Trato de sacarle provecho al problema	Bajos	2.95	1.55	-14.32	428	.000																																																																												
	Altos	4.89	1.23				Intento relajarme o tomarlo con calma	Bajos	3.32	2.23	-4.08	428	.000	Altos	4.45	3.41	Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000	Altos	4.50	0.93	Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																										
Intento relajarme o tomarlo con calma	Bajos	3.32	2.23	-4.08	428	.000																																																																												
	Altos	4.45	3.41				Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000	Altos	4.50	0.93	Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																																				
Considero que tengo aproximadamente ___ amigos verdaderos	Bajos	3.75	1.27	-7.01	428	.000																																																																												
	Altos	4.50	0.93				Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000	Altos	4.42	0.96	Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																																														
Tengo alrededor de__ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Bajos	3.59	1.34	-7.31	428	.000																																																																												
	Altos	4.42	0.96				Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000	Altos	4.50	0.87	Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																																																								
Conozco a ___ de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Bajos	3.70	1.25	-7.66	428	.000																																																																												
	Altos	4.50	0.87				Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154	Altos	1.54	0.78																																																																		
Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Bajos	1.67	1.06	1.42	428	.154																																																																												
	Altos	1.54	0.78																																																																															

$p=0.05$

Los reactivos de la escala que resultaron poco significativos fueron los siguientes:

“Cuando me siento deprimido(a), me desquito con otras personas”

“Evito estar con la gente”

“Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano”

Sin embargo se determinó que permanecieran en el análisis los dos primeros reactivos, debido a que sin ellos no se completaban las áreas en el análisis

factorial. Todos los demás reactivos resultaron discriminantes con significancia estadística ( $p=0.000$ ).

La validez factorial se sometió a prueba con un análisis factorial de rotación ortogonal (VARIMAX) preestablecida a cinco factores, ya que ésta resultó ser la mejor opción para el acomodo adecuado de los reactivos en cada uno de los factores. Del total de los 35 reactivos se eliminaron los 11 siguientes por no cargar significativamente en ningún factor:

“Hablo con mi pareja o con otros parientes sobre el problema”

“Hablo con un profesionista (médico, abogado, cura, etc.) sobre el problema”

“Le pido a Dios que me guíe”

“Rezo para darme valor”

“No me preocupo, pienso que todo saldrá bien”

“No dejo ver lo que siento”

“Trato de no actuar precipitadamente”

“Me cuesta trabajo creer lo que está pasando”

“Busco la ayuda de personas o grupos que han tenido problemas parecidos”

“Intento relajarme o tomarlo con calma”

“Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano”

Los 24 reactivos restantes se acomodaron en cinco factores por medio del análisis, que explicaron el 50.620% de la varianza acumulada. El primer factor se dividió en dos, ya que contenía reactivos pertenecientes a dos áreas (Análisis Lógico y Solución de Problemas) que posiblemente, por lo cercanos de los constructos que miden, se agruparon en el primer factor.

De acuerdo al análisis factorial se determinó que las áreas que permanecen en el instrumento son Análisis Lógico con cinco reactivos, Solución de Problemas con seis reactivos, Búsqueda de Guía y Apoyo con cuatro reactivos, Descarga Emocional, Evitación Cognitiva y Aceptación o Resignación con tres reactivos cada una.

A continuación se analizó la consistencia interna del instrumento con el coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de las áreas. Los resultados se presentan en las tablas 4.5 a 4.10; en la columna FACTOR se presenta el valor de la carga factorial del reactivo en su respectiva área, mientras que en la columna ALPHA se presenta el valor de confiabilidad del área.

**Tabla 4.5 Factor 1 “Análisis Lógico”**

---

ANÁLISIS LÓGICO: Estrategia cognitiva cuyo objetivo es entender y prepararse mentalmente para enfrentarse con el estresor y sus consecuencias del tipo "¿pensó en diferentes maneras para manejar el problema?"

---

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Pienso en varias maneras para manejar el problema	.786	
Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor	.731	<b>.7782</b>
Trato de analizar las cosas y ver realmente cómo son	.697	
Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	.664	
Trato de verle el lado bueno al problema	.483	

---

**Tabla 4.6 Factor 2 “Solución de Problemas”**

---

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se analiza alguna acción con la finalidad de acabar directamente con el problema. "¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?"

---

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Pienso en un plan de acción y lo echo a andar	.694	
Trato de saber más sobre el problema	.576	
Trato de sacarle provecho al problema	.528	<b>.6814</b>
Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas	.511	
Me preparo por si pasa lo peor	.482	
Trato de que en el futuro las cosas sean diferentes	.436	

---

**Tabla 4.7 Factor 3 “Búsqueda de Guía y Apoyo”**

**BÚSQUEDA DE GUÍA Y SOPORTE:** Su objetivo es buscar información, soporte y ayuda ante el estresor, por ejemplo, "¿Habló con algún amigo sobre el problema?"

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Tengo alrededor de __ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	.823	
Considero que tengo aproximadamente __ amigos verdaderos	.782	<b>.7645</b>
Conozco a ___ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	.764	
Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema	.493	

**Tabla 4.8 Factor 4 “Descarga Emocional”**

**DESCARGA EMOCIONAL:** Consiste en reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos. "¿Lloró para manifestar sus sentimientos?"

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	.885	
Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	.871	<b>.6635</b>
Evito estar con la gente	.374	

**Tabla 4.9 Factor 5 “Evitación Cognitiva”**

**EVITACIÓN COGNITIVA:** Estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor. "¿Intentó olvidarlo todo?"

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Trato de olvidarme por un tiempo del problema	.781	
Hago otras cosas para no pensar en el problema	.686	<b>0.5064</b>
Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras)	.486	

**Tabla 4.10 Factor 6 “Aceptación o Resignación”**

---

ACEPTACIÓN O RESIGNACIÓN: Su finalidad es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación ante el mismo. "¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?"

---

<u>REACTIVO</u>	<u>FACTOR</u>	<u>ALPHA</u>
Trato de no sentir nada	.695	
Como yo no puedo hacer nada para que funcionen las cosas, las acepto como vienen	.678	<b>.4756</b>
Tomo las cosas como vienen	.632	

---

Con relación a la Escala de Percepción de Estrés, se realizó el mismo procedimiento, primero se determinó su grado de discriminación por medio de una prueba t de student para muestras independientes, entre los grupos que mostraron valores altos y bajos de estrés, (percentiles 25 y 75 del grupo). Todos los reactivos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ver tabla 4.11.

Posteriormente se evaluó la consistencia interna del instrumento por medio del alpha de Cronbach, siendo ésta de 0.8214.

Se eliminó el reactivo 12 “He pensado y meditado acerca de las cosas que no he podido resolver”, debido a que no correlacionaba adecuadamente con el resto de la escala.

**Tabla 4.11 Análisis de discriminación de los reactivos con base en la prueba t**

<u>REACTIVO</u>	<u>Altos y bajos</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DE</u>	<u>t</u>	<u>GL</u>	<u>SIG*</u>
Alterado(a) por algo que pasó de repente	Bajos	2.79	1.47	-14.371	402	.000
	Altos	4.65	1.09			
Incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida	Bajos	2.31	1.46	-8.523	402	.000
	Altos	3.57	1.52			
Nervioso(a) y estresado(a)	Bajos	3.16	1.38	-14.566	402	.000
	Altos	4.92	1.00			
He afrontado con éxito los problemas que se me han presentado	Bajos	4.01	1.38	-9.035	402	.000
	Altos	5.09	.95			
Me siento satisfecho(a) por la manera que he aceptado cambios recientes en mi vida	Bajos	4.12	1.54	-8.032	402	.000
	Altos	5.15	.93			
Me siento seguro(a) acerca de mi habilidad para manejar mis problemas personales	Bajos	4.27	1.45	-5.486	402	.000
	Altos	4.97	1.06			
Siento que las cosas van pasando de acuerdo con mi manera de ser	Bajos	4.02	1.51	-8.562	402	.000
	Altos	5.13	1.03			
Siento que no he podido resolver todos mis problemas	Bajos	3.00	1.47	-8.674	402	.000
	Altos	4.19	1.27			
He sido capaz de controlar los enojos	Bajos	3.86	1.56	-4.222	402	.000
	Altos	4.45	1.16			
Me he sentido fuera de control	Bajos	2.18	1.34	-10.493	402	.000
	Altos	3.57	1.33			
Me he enojado por cosas que pasan fuera de mi control	Bajos	2.50	1.36	-14.084	402	.000
	Altos	4.33	1.23			
He pensado y meditado acerca de las cosas que no he podido resolver	Bajos	3.82	1.44	-12.262	402	.000
	Altos	5.25	.76			
He encontrado en qué ocupar mi tiempo	Bajos	4.20	1.44	-6.899	402	.000
	Altos	5.10	1.13			
He podido sobreponerme a las dificultades que he tenido	Bajos	4.41	1.35	-8.069	402	.000
	Altos	5.33	.87			

\*p 0.05

## **ESTUDIO II: Estilos de Afrontamiento en estudiantes universitarios con Síndrome de Intestino Irritable**

El objetivo del presente estudio fue identificar diferencias entre los estilos de afrontamiento que utilizan los estudiantes universitarios con Síndrome de Intestino Irritable y quienes no lo padecen, así como si la percepción de estrés está relacionado significativamente con el SII en esta población.

### **MÉTODO**

#### **Participantes**

Tomando el instrumento anterior previamente estandarizado, se realizaron 326 aplicaciones en estudiantes universitarios, de las cuales se invalidaron dos debido a que no contestaron uno de los tres cuestionarios, quedando un total de 324 participantes para el análisis.

La muestra estuvo conformada por estudiantes de nivel licenciatura de la UNAM, inscritos y cursando sus estudios en las facultades de Ciencias, Medicina, Filosofía y Letras, Psicología, Contaduría y Administración y 5to nivel de idioma Japonés en el CELE (Ingeniería, Arquitectura, Ciencias Políticas, Química y Economía, así como la UAM y Escuela Nacional de Artes Plásticas), quienes se encontraban cursando el semestre 2007-1 al momento del estudio.

La edad de los participantes osciló entre 17 a 43 años con una media de 20 años. De ellos 111 (34.3%) tenía 18 años al momento del estudio, lo que representa la moda en el mismo. Del total de los participantes del estudio, 169 (52.2%) fueron mujeres, 155 (47.8%) fueron hombres.

Del total, 286 (88.35%) participantes manifestaron ser solteros y 8 (2.5%) estaban casados al momento del estudio. La frecuencia de participantes por escuela o facultad se describe en la Tabla 5.1 siguiente.

**Tabla 5.1 Frecuencia de participantes por escuela o facultad**

<u>Escuela o Facultad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje (%)</u>
Arquitectura	5	1.5
Ciencias	78	24.1
Ciencias Políticas	6	1.9
Contaduría y Administración	47	14.5
Economía	1	0.3
ENAP	1	0.3
Filosofía y Letras	32	9.9
Ingeniería	8	2.5
Medicina	116	35.8
Psicología	26	8.0
Química	3	0.9
Externo	1	0.3

La tabla 5.2 muestra la frecuencia de alumnos y el semestre en el que se encontraban inscritos al momento del estudio. Cabe destacar que los participantes se encontraban cursando del primero al onceavo semestre, sin embargo 218 (67.3%) se encontraban en el primer semestre.

**Tabla 5.2 Frecuencia del semestre cursado al momento del estudio**

<b>Semestre</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1	218	67.3
3	20	6.2
4	1	0.3
5	27	8.3
6	7	2.2
7	18	5.6
8	8	2.5
9	10	3.1
10	13	4.0
11	1	0.3
No contestó	1	0.3

## **Diseño**

Se trata de un estudio no experimental intrasujetos con tres grupos independientes. Además es de tipo transversal y correlacional, ya que describe la relación entre variables en un momento determinado (Phares, 2003).

## **Variables**

Las covariables fueron la puntuación de la escala diagnóstica para detectar la presencia de SII y las posibles variables asociadas estrés y estilos de afrontamiento.

Síndrome de Intestino Irritable: Esta variable es determinada cuando el participante cumple con los criterios del Roma III contenidos en el Cuestionario Diagnóstico Roma III en la subescala de Síndrome de Intestino Irritable. Aunque este instrumento lo utiliza como apoyo diagnóstico el médico gastroenterólogo, no puede considerarse como definitorio del caso con SII.

Estrés: Indicada por el puntaje arrojado en la Escala de Percepción de Estrés de Cohen, descrita en el estudio 1.

Estilos de afrontamiento: Indicada por el resultado de la aplicación de la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Moos, descrita en el estudio 1.

### **Instrumentos y materiales**

Cuestionario Diagnóstico Roma III en la subescala de Síndrome de Intestino Irritable que contiene los criterios de Roma III, estandarizado por Whitehead y Chapel, 2006 para población estadounidense. Consta de diez preguntas que incluyen los criterios del Roma III para el diagnóstico de SII con cinco opciones de respuesta cada una que indican la frecuencia de los síntomas (ver anexo 4).

La tabla 5.3 indica la capacidad del instrumento de distinguir entre un paciente con SII de quien no lo padece (sensibilidad) y el porcentaje de la población sana que no resulta diagnosticada con SII por medio del instrumento (especificidad). La muestra de validación consistió en 539 participantes sanos y 326 participantes con diagnóstico de SII por un médico gastroenterólogo.

**Tabla 5.3 Datos que indican la especificidad y sensibilidad del Cuestionario Diagnóstico Roma III en la subescala para SII**

<b>Umbral de frecuencia para <u>el dolor abdominal</u></b>	<b>Sensibilidad del <u>diagnóstico de SII (%)</u></b>	<b>Especificidad del <u>diagnóstico de SII (%)</u></b>
Más de 1 día a la semana	48.5	98.2
1 día a la semana	55.5	94.3
2 a 3 días al mes	70.7	87.8

Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal, Forma B de Moos, estandarizada para estudiantes universitarios de la UNAM que quedó en un total de 24 reactivos después del análisis de confiabilidad y validez para población universitaria (ver anexo 3), cuyos datos de confiabilidad por área oscilan entre .47 y .77.

Escala de Percepción de Estrés de Cohen, que mostró niveles adecuados de confiabilidad (alfa= 0.82) con 13 reactivos después del análisis en población universitaria de la UNAM (ver anexo 3).

### **Procedimiento**

Los participantes se reclutaron mediante un procedimiento no aleatorio accidental de voluntarios. Se acudió a las facultades de Medicina, Psicología, Ciencias, Filosofía y Letras, Contaduría y Administración, y al CELE de la UNAM de Ciudad Universitaria para realizar la aplicación de los instrumentos antes descritos. Se acudió a sus salones de clase y se les preguntó si estaban de acuerdo en participar, contando con el previo consentimiento del profesor del grupo. Al acceder los estudiantes se procedía a la aplicación de los instrumentos proporcionándoles pluma o lápiz en caso de que lo requirieran.

Las instrucciones verbales que se daban a los participantes eran las siguientes: “El presente estudio tiene como objetivo conocer los estilos de afrontamiento al estrés que tienen los estudiantes universitarios y si alguno padece Síndrome de Intestino Irritable, por favor escriban sus datos personales en la parte de arriba donde se indica. Esta aplicación consta de 3 cuestionarios de opción múltiple, por favor escriban la letra o número que corresponda a la opción que elijan dentro del paréntesis o espacio destinado para cada reactivo, sus respuestas son absolutamente confidenciales, por favor contesten con toda sinceridad”.

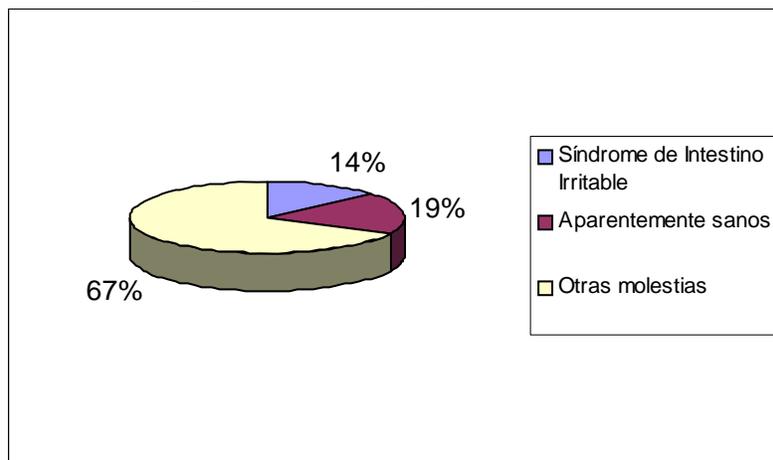
El tiempo de aplicación para la Escala de Afrontamiento de Moos fue de aproximadamente 12 minutos, para la Escala de Percepción de Estrés de Cohen fue de 8 minutos y para el Cuestionario Diagnóstico Roma III en la Subescala para Síndrome de Intestino Irritable fue de 6 minutos en promedio.

El investigador se mantuvo presente durante el tiempo que duró la aplicación a fin de responder a cualquier duda que pudiera surgir, pero a una distancia de aproximadamente 3 metros y se abstenía de realizar ningún comentario, cuando los participantes tenían dudas acerca de los reactivos, el aplicador sólo aclaraba expresamente el contenido del reactivo sin inducir ninguna respuesta al participante. Al final se revisaba que los instrumentos estuvieran completamente contestados.

## RESULTADOS

Según la clasificación del Roma III en el cuestionario de la subescala para Síndrome de Intestino Irritable hubo 44 participantes detectados con SII (14%), 60 sin ningún tipo de molestia o dolor abdominal (aparentemente sanos) (19%) y 220 (67%) no cumplieron con los criterios para incluirse en el grupo de SII, pero presentaban algún otro tipo de molestia abdominal, esto se representa en la figura 5.1 siguiente.

**Figura 5.1 Participantes con SII**



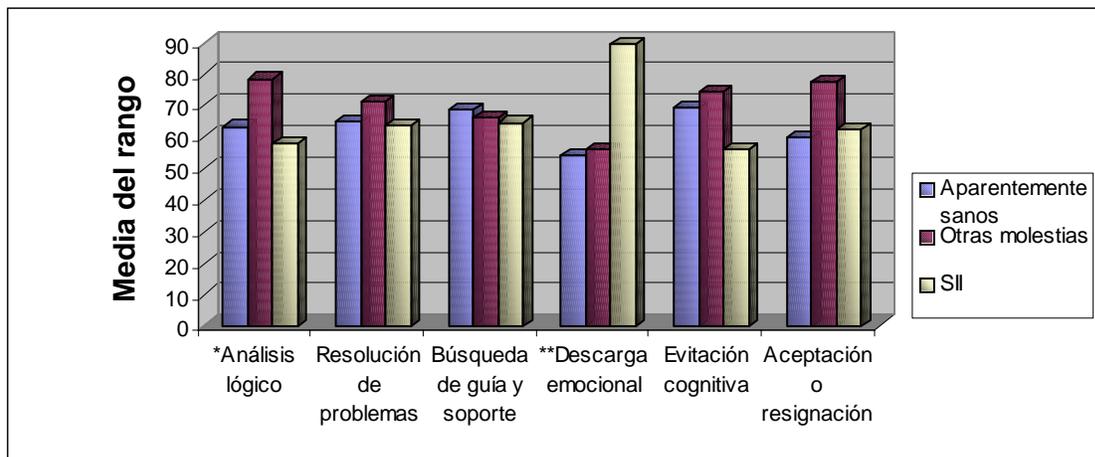
Debido a la disparidad en número de los grupos conformados, se apareó un grupo de 44 participantes, a fin de controlar diferencias atribuidas a sus características sociodemográficas (como la edad) y explorar diferencias estadísticas atribuibles a las diferencias en las escalas y no al efecto de las diferencias por defectos de representatividad. Así, se aparearon los participantes en grupos de tres que incluyeron a los 44 participantes con SII y sus equivalentes en no criterios y aparentemente sanos, de acuerdo a sus datos personales.

Debido al nivel de medición de las variables y al no conocimiento formal de su distribución, se utilizaron análisis no paramétricos a fin de establecer la significancia estadística de las diferencias. Se usó la prueba de Kruskal-Wallis,

apropiada para determinar si existen diferencias entre las varianzas cuando se tienen más de dos grupos (Siegel, 1990), en este caso los participantes aparentemente sanos, los que mostraban otras molestias y los SII.

También se computó una prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, que es el procedimiento no paramétrico alternativo a la t de student para examinar diferencias entre las medias de dos grupos (Siegel, 1990), en este caso el grupo de SII vs aparentemente sanos, SII vs otras molestias y aparentemente sanos vs otras molestias. Se obtuvieron diferencias significativas en las áreas “descarga emocional”, dado el valor de  $\chi^2=23.981$  con  $p= 0.000$  y “análisis lógico” con una  $\chi^2=6.902$  y  $p= 0.032$  (ver figura 5.2 y tabla 5.4).

**Figura 5.2 Estilos de afrontamiento en aparentemente sanos, otras molestias y SII**



\*  $p= 0.05$

\*\*  $p=0.01$

**Tabla 5.4 Estilos de afrontamiento en aparentemente sanos, otras molestias y SII**

<u>Áreas</u>	<u>Grupos</u>	<u>Media del rango</u>	<u>Chi<sup>2</sup></u>	<u>p asociada</u>
Análisis lógico	Aparentemente sanos	63.23	6.902	0.032*
	Otras molestias	78.41		
	SII	57.86		
Resolución de Problemas	Aparentemente sanos	64.66	1.087	0.581
	Otras molestias	71.34		
	SII	63.50		
Búsqueda de guía y soporte	Aparentemente sanos	68.67	0.261	0.878
	Otras molestias	66.27		
	SII	64.56		
Descarga emocional	Aparentemente sanos	54.14	23.981	0.000**
	Otras molestias	56.03		
	SII	89.33		
Evitación cognitiva	Aparentemente sanos	69.10	5.232	0.073
	Otras molestias	74.18		
	SII	56.22		
Aceptación o resignación	Aparentemente sanos	59.58	5.601	0.061
	Otras molestias	77.44		
	SII	62.48		

\*<0.05

\*\*<0.01

Kruskal-Wallis

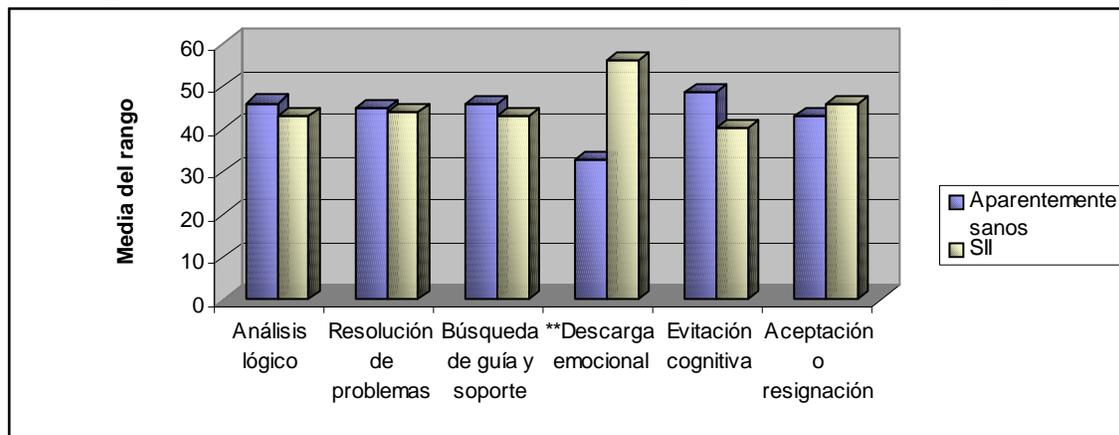
La prueba *U* de Mann-Whitney, reveló diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos aparentemente sanos y SII en el área de “descarga emocional”, con un valor de  $Z=-4.304$  y probabilidad asociada de 0.000, (ver tabla 5.5 y Figura 5.3).

**Tabla 5.5 Estilos de afrontamiento en Aparentemente sanos vs SII**

<u>Áreas</u>	<u>Grupos</u>	<u>Media del rango</u>	<u>Z</u>	<u>p asociada</u>
Análisis lógico	Aparentemente sanos	46.07	-0.579	0.563
	SII	42.93		
Resolución de problemas	Aparentemente sanos	44.95	-0.168	0.867
	SII	44.05		
Búsqueda de guía y soporte	Aparentemente sanos	45.82	-0.488	0.626
	SII	43.18		
Descarga emocional	Aparentemente sanos	32.86	-4.304	0.000**
	SII	56.14		
Evitación cognitiva	Aparentemente sanos	48.84	-1.606	0.108
	SII	40.16		
Aceptación o resignación	Aparentemente sanos	43.18	-0.488	0.626
	SII	45.82		

\*\*<0.01  
U de Mann-Whitney

**Figura 5.3 Estilos de afrontamiento en aparentemente sanos y SII**



\*p= 0.05  
\*\*p=0.01

Al comparar a los participantes con SII versus los que referían otras molestias abdominales, resultaron significativas las áreas de “análisis lógico”, “descarga

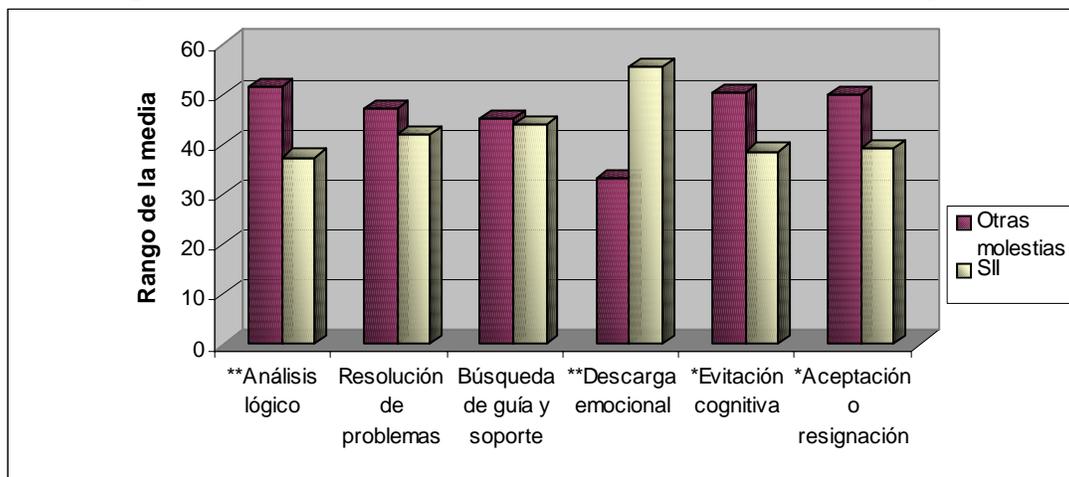
emocional”, “evitación cognitiva” y “aceptación o resignación” (ver tabla 5.6 y figura 5.4).

**Tabla 5.6 Estilos de afrontamiento en Otras molestias vs SII**

<u>Áreas</u>	<u>Grupos</u>	<u>Media del rango</u>	<u>Z</u>	<u>p asociada</u>
Análisis lógico	Otras molestias	51.57	-2.612	0.009**
	SII	37.43		
Resolución de problemas	Otras molestias	47.05	-0.940	0.347
	SII	41.95		
Búsqueda de guía y soporte	Otras molestias	45.13	-0.231	0.817
	SII	43.88		
Descarga emocional	Otras molestias	33.31	-4.143	0.000**
	SII	55.69		
Evitación cognitiva	Otras molestias	50.44	-2.196	0.028*
	SII	38.56		
Aceptación o resignación	Otras molestias	49.84	-1.976	0.048*
	SII	39.16		

\*<0.05  
 \*\*<0.01  
 U de Mann-Whitney

**Figura 5.4 Estilos de afrontamiento en otras molestias y SII**



\* p= 0.05  
 \*\*p= 0.01

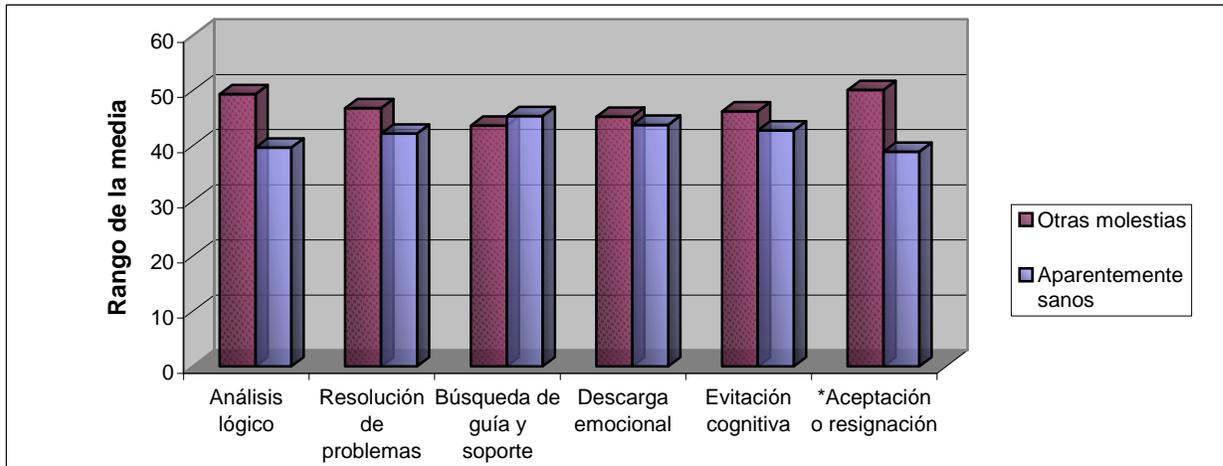
Por último se comparó a los grupos sanos versus los de otras molestias, resultando significativa únicamente el área de “aceptación o resignación” cuyo valor de  $Z=-2.069$  y la  $p$  asociada es de 0.039 (ver tabla 5.7 y figura 5.5).

**Tabla 5.7 Estilos de afrontamiento en otras molestias versus aparentemente sanos**

<u>Áreas</u>	<u>Grupos</u>	<u>Media del rango</u>	<u>Z</u>	<u>p asociada</u>
Análisis lógico	Otras molestias	49.34	-1.787	0.074
	Aparentemente sanos	39.66		
Resolución de problemas	Otras molestias	46.80	-0.847	0.397
	Aparentemente sanos	42.20		
Búsqueda de guía y soporte	Otras molestias	43.65	-0.315	0.753
	Aparentemente sanos	45.35		
Descarga emocional	Otras molestias	45.23	-0.271	0.786
	Aparentemente sanos	43.77		
Evitación cognitiva	Otras molestias	46.24	-0.644	0.519
	Aparentemente sanos	42.76		
Aceptación o resignación	Otras molestias	50.10	-2.069	0.039*
	Aparentemente sanos	38.90		

\*<0.05  
U de Mann-Whitney

**Figura 5.5 Estilos de afrontamiento en aparentemente sanos y otras molestias**



\* $p=0.05$

A fin de explorar posibles relaciones entre el estrés percibido en la escala de Cohen y el Síndrome de Intestino Irritable, determinado por el Cuestionario Diagnóstico Roma III, se computó una correlación de Spearman entre cada reactivo de la escala de percepción de estrés de Cohen y los reactivos del cuestionario diagnóstico de Roma III con el grupo de SII. Los coeficientes de correlación con una  $p$  asociada mayor a 0.05 se presentan en la tabla 5.8, a partir de la aplicación del ajuste de Bonferroni para evitar errores de tipo I (rechazar la hipótesis nula cuando en realidad no es falsa), los únicos reactivos que correlacionaron significativamente fueron “Me siento incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida” de la escala de Estrés con “Presencia de pujo, urgencia de ir al baño y sensación de evacuación incompleta” del cuestionario diagnóstico de SII con un coeficiente de correlación de 0.459 y una  $p=0.002$ .

**Tabla 5.8 Reactivos que correlacionaron entre las escalas de Cohen y SII**

<b>COHEN</b>	<b>SII</b>	<b>SPEARMAN</b>	<b>p</b>
1. Alterado(a) por algo que pasó de repente	Cuando esta molestia o dolor comienzan has sentido menos deseos de ir al baño	-0.332*	0.028
	En los últimos 3 meses que tan frecuente has sentido dolor o molestia en cualquier parte de tu abdomen	0.302*	0.046
2. Incapaz de controlar las cosas importantes en mi vida	Presencia de Pujo, urgencia de ir al baño o sensación de evacuación incompleta	0.459**	0.002
	Cuando esta molestia o dolor comienza, ¿qué tan frecuente es que tus heces fecales sean más duras?	0.327*	0.031
3. Nervioso(a) y estresado(a)	En los últimos 3 meses ¿qué tan frecuente has presentado heces duras o con grumos?	0.342*	0.023
	Marca la severidad con la que consideras tus síntomas digestivos en la última aparición	0.291	0.055
4. He afrontado con éxito los problemas que se me han presentado	En los últimos 3 meses ¿qué tan frecuente has presentado heces duras o con grumos?	-0.294*	0.053
	Presencia de Pujo, urgencia de ir al baño o sensación de evacuación incompleta	-0.350*	0.020
5. Me siento satisfecho(a) por la manera que he aceptado cambios recientes en mi vida	En los últimos 3 meses ¿qué tan frecuente has presentado heces duras o con grumos?	-0.354*	0.018
	Presencia de Pujo, urgencia de ir al baño o sensación de evacuación incompleta	-0.364	0.015

---

10. Me he sentido fuera de control	Cuando esta molestia o dolor comienza, ¿qué tan frecuente es que tus heces fecales sean más duras?	0.333*	0.027
------------------------------------	--	--------	-------

---

N=44

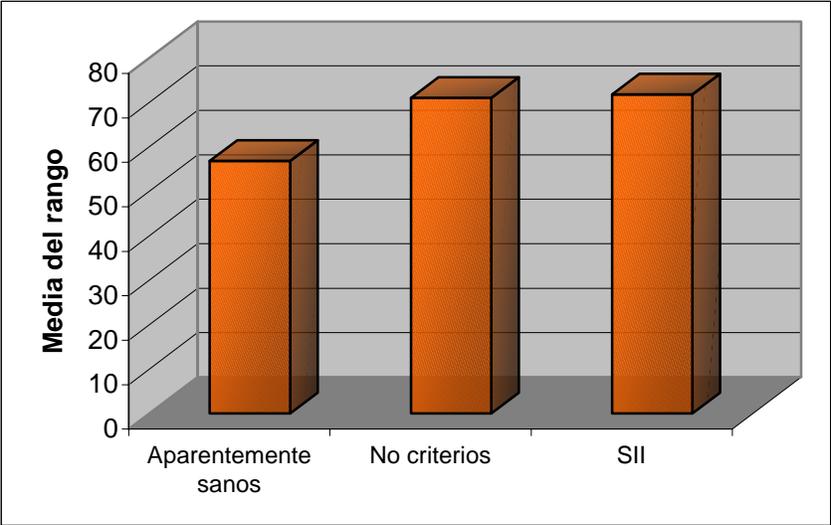
Por último se computó una prueba Kruskal-Wallis para examinar diferencias entre los niveles de estrés manejados por los participantes con SII, aparentemente sanos y los de otras molestias. Aunque la media de la variación total es menor para el grupo de aparentemente sanos que para los grupos con SII y los de otras molestias, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos, pues la  $p$  asociada fue de 0.116, (ver tabla 5.9 y figura 5.6).

**Tabla 5.9 Percepción de estrés en aparentemente sanos, no criterios y SII**

<u>Grupos</u>	<u>Media del rango</u>	<u>Chi<sup>2</sup></u>	<u><math>p</math> asociada</u>
Aparentemente sanos	56.77	4.314	0.116
No criterio	70.98		
SII	71.75		

Kruskal-Wallis

**Figura 5.6 Percepción de estrés en aparentemente sanos, no criterios y SII**



## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los estilos de afrontamiento que utilizan los estudiantes universitarios con Síndrome de Intestino Irritable (SII), y las posibles diferencias con los estilos de afrontamiento de estudiantes que no padecen SII. Adicionalmente se buscó si existe relación entre la percepción de estrés de los estudiantes universitarios y la presencia de SII.

El 14% de los estudiantes que participaron en el estudio presentaron Síndrome de Intestino Irritable de acuerdo con los criterios del Roma III, porcentaje que concuerda con lo reportado por Ramírez, Mata, Cervantes, Zárate y García en 2003, acerca de que hasta el 15% de escolares presenta este trastorno, sin embargo rebasa por mucho el porcentaje reportado por la Unidad de Servicios Médicos de la UNAM (1.09%) en 2004. Es probable que esto se deba a que los alumnos universitarios acuden a otras instituciones de salud, públicas o privadas, para recibir el tratamiento correspondiente o no solicitan atención médica alguna, ya que los pacientes con SII de sintomatología leve no suelen realizar visitas frecuentes al médico y usualmente mantienen sus actividades normales (Drossman, 2006).

Si bien sólo un porcentaje relativamente bajo cubría los criterios diagnósticos de SII, sólo el 19% del total de participantes no presentó ninguna molestia abdominal (Aparentemente sanos), mientras que un 67% de los estudiantes presentaron molestias abdominales, pero no cumplieron con los criterios del Roma III para considerarse SII (otras molestias).

El hecho de que, el grupo de los participantes con otras molestias utilizara todas las estrategias de afrontamiento, a excepción de la “descarga emocional” (que usa en menor medida), puede sugerir que los de otras molestias se encuentran confundidos al intentar solucionar un problema, ya que utilizan todos los recursos

a su alcance, pero cuando sus métodos para resolverlo son poco efectivos, y por lo tanto el resultado es negativo, contienen sus emociones (menor descarga emocional) y de esta forma, se incrementa su percepción de estrés.

Los participantes SII utilizan más las estrategias de tipo evitativo o centradas en la emoción, particularmente “Descarga emocional”, que en los otros dos grupos. Probablemente cuando obtienen un resultado negativo en la resolución de un problema, prefieren reducir la tensión mediante la expresión de emociones negativas, como ira, desesperación, llanto, etc. Otras estrategias como “Análisis lógico” y “Búsqueda de guía y soporte” fueron las menos utilizadas en este grupo, lo que podría facilitar estados y cogniciones estresantes por más tiempo o más intensas.

El hecho de que los participantes con SII tiendan más a expresar sus emociones negativas que el resto de los participantes, parece relacionarse con la naturaleza misma del trastorno, pues el Síndrome de Intestino Irritable es un padecimiento asociado con manejo defectuoso del estrés, como son enojo, ansiedad y depresión. Las dos primeras son manifestaciones del aumento en el nivel de activación general, mientras que la depresión se relaciona con la disminución en el mismo según la respuesta de estrés (Buceta y Bueno, 2001).

Aunque los participantes con Síndrome de Intestino Irritable evitan cognitivamente menos que los participantes aparentemente sanos, tienden a resignarse más ante los problemas. Es posible, que los SII se mantengan por más tiempo pensando en el motivo de su problema, al mismo tiempo que adoptan una actitud de resignación a que las cosas permanezcan igual, lo cual incrementaría su malestar, ya que la aceptación del problema no significa que lo resuelvan y eliminen eficazmente.

Asimismo los participantes SII dedican menos tiempo a meditar acerca de la naturaleza de sus problemas y en encontrar una solución adecuada, es decir, utilizan menos “Análisis lógico” que los participantes aparentemente sanos.

Aunque este resultado no es estadísticamente significativo, sugiere que piensan en sus problemas, pero no con el objetivo de hallar una forma adecuada de resolverlo. En este caso, probablemente se generen sesgos cognitivos como la catastrofización, una forma de pensamiento en la que se magnifican las consecuencias negativas del problema, lo cual conduce a soluciones poco efectivas con la consecuente descarga emocional. La catastrofización de los problemas en el Síndrome de Intestino Irritable es un error frecuente en el pensamiento que se encuentra mediado por estilos de afrontamiento pasivo o evitativo, característicos en la depresión (Lackner, Quigley y Blanchard, 2004).

Aunque los participantes aparentemente sanos buscan más la compañía y el apoyo de otras personas en un nivel ligeramente mayor que los SII, contrario a los hallazgos de Jones, Wessinger y Crowell, 2006, este dato no es significativo, por lo que no se puede considerar que exista la percepción de poco apoyo social por parte de todos los participantes con SII.

Se ha hecho énfasis en las estrategias de afrontamiento en los pacientes con SII, pues, las estrategias mal adaptadas conducen hacia resultados negativos del trascurso del padecimiento y a la exacerbación de los síntomas, esto lo sugiere el hecho de que el grupo de los SII percibiera mayor estrés de su ambiente, y que sus estrategias fueran más de tipo evitativo y con mayor descarga emocional que el grupo de los sanos (Drossman, 1999).

En el contexto de uno de los objetivos de este estudio tal como examinar la posible relación entre la presencia de SII y la percepción de estrés, se nota una relación únicamente entre la percepción de poca autoeficacia para controlar los problemas de su vida con la presencia de síntomas de SII como pujo, urgencia de ir al baño y sensación de evacuación incompleta.

Por último, al realizar la comparación entre los tres grupos acerca del nivel de percepción de estrés, los participantes con SII, perciben mayor estrés de su

ambiente que los Aparentemente sanos, y aunque los estudiantes con otras molestias también perciben un nivel de estrés similar pero menor a los participantes SII, sus estrategias de afrontamiento son diferentes.

Los datos sobre las estrategias de afrontamiento, presencia de Síndrome de Intestino Irritable y nivel de estrés sugieren que los estudiantes con SII perciben mayor estrés, no utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas que permitan disminuir la emoción (piensan mucho en el problema pero no estudian una opción eficaz para resolverlo), lo cual se ha identificado como un agente precipitador de los síntomas de SII (Bennett y Kellow, 2002).

En general, los hallazgos de los presentes estudios confirman lo reportado por Jones, Wessinger y Crowell, 2006, acerca de que los participantes con Síndrome de Intestino Irritable emplean estrategias de afrontamiento de escape o evitativo, aunque no apoya por completo sus resultados en relación a la percepción de poco apoyo social, probablemente debido a que sus datos provienen de población abierta. Otros autores como Lackner y Gurtman, 2004, también apoyan la disminución en la percepción de apoyo social en pacientes con SII. Quizá la naturaleza de la población universitaria que entraña un ambiente social permite que durante su formación se fomente la búsqueda de guía y apoyo en situaciones difíciles entre compañeros y amigos, y facilita el acceso al apoyo por parte de un profesional.

Este estudio aporta bases para implementar programas de tratamiento en los que se incluya el manejo de las emociones de acuerdo a las estrategias de afrontamiento más eficaces en el paciente universitario con Síndrome de Intestino Irritable, así como fomentar el uso de estrategias encaminadas al análisis y solución de problemas tal como lo proponen Toner, Segal, Emmot y Myran (2000), pero con énfasis en las estrategias de resolución de problemas que el desarrollo de redes sociales.

Para futuras investigaciones sería conveniente que la muestra se determine por medio de un método probabilístico para facilitar la generalización de los resultados a una población. También se sugiere realizar un estudio comparando otras poblaciones, entre universitarios y no universitarios, de distintos estratos sociales para determinar si los estilos de afrontamiento, y en particular, la percepción de poco apoyo social pudieran atribuirse a ciertas características del tipo de muestra.

Por otra parte, convendría explorar las diferencias entre los estilos de afrontamiento de los pacientes bajo tratamiento médico y quienes no reciben tratamiento.

También se sugiere indagar cuáles son las estrategias de afrontamiento específicas considerando la presencia de malestar psicológico como depresión o ansiedad en pacientes con SII y ponderar el papel específico de la catastrofización en el padecimiento, ya que es un problema que en México ha recibido poca atención.

Por último y con relación a la percepción de estrés por parte de los estudiantes, sería conveniente también estudiar ampliamente si el estrés ambiental tiene una relación directa con la presencia de Síndrome de Intestino Irritable, ya que existen estudios en los que se ha encontrado que las propiedades del ambiente físico, características del sistema social y ciertos atributos de las personas se relacionan con la percepción de estrés (Ortega, Mercado, Redil y Estrada, 2005), que en este caso podrían relacionarse con SII.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldwin, C., M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guildford Press
- Atkinson, R. J. y Hunter, J. O. (2002). Role of diet and bulking agents in the treatment of IBS. En M. Camilleri, y R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Síndrome: Diagnosis and Treatment*. (pp.141-149). London: W. B. Saunders
- Awad, R. (1990). Sistema nervioso entérico: el cerebro abdominal. *Avances en Medicina, Revista médica del Hospital General de México, S. S., 53*, 179-191.
- Barrero, A. (2000). *Estrés y Ansiedad*. España: Libro Hobby Club
- Bennett, E. J. y Kellow, J. E. (2002). Relations between chronic stress and bowel symptoms. En M. Camilleri y R. C. Spiller (Eds). *Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: Saunders
- Bensabat, S. (1994). *Stress: grandes especialistas responden*. Bilbao: Ediciones Mensajero
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 877-891
- Bland, J. M. y Altman, D. G. (1995). Múltiple significance tests: the Bonferroni adjustments. *British Medical Journal, 310*(170)
- Brooks, C. (2005). Health economics of IBS: clinical implications. *Medscape Gastroenterology, 7*(1)
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. M. Buceta, A. M., Bueno, y B., Mas (Eds). *Intervención psicológica y salud: control de estrés y conductas de riesgo* (pp 19-55). España: Dykinson
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En G. L. Oblitas, e I. E. Becoña, (Eds), *Psicología de la Salud*. (pp 111-157). México: Plaza y Valdés
- Cárdenas, L. M. G. (1995). Estrés y vida cotidiana en estudiantes universitarios. Tesis no publicada de Maestría. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. México: Oxford University Press

- Clouse, R. E. y Lustman, P. J. (2002). Antidepressants for IBS. En Camilleri, y R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Síndrome: Diagnosis and Treatment*. (pp.161-171). London: W. B. Saunders
- Cohen, R. J. y Swerdlik, M. E. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas. España: Mc Graw Hill Interamericana
- Cohen, S. (2002) Psychosocial stress, social networks and susceptibility to infection. En H. G. Koenig, y H. J. Cohen (Eds.), *The link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor* (pp. 101-123). New York: Oxford university Press
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen, R. C. Kessler y L. U. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Estados Unidos: Oxford University Press
- Creed, F. (2002). Relationship between IBS and psychiatric disorder. En Camilleri, y R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Síndrome: Diagnosis and Treatment*. (pp. 45-54). London: W. B. Saunders
- Cruz, M. C. Y Vargas, F. L. (2001). *Estrés, entenderlo es manejarlo*. Chile: Ediciones Alfaomega
- Díaz-Rubio, E. R. y Díaz-Rubio, M. (2002). Síndrome del intestino irritable. En J. Berenguer (Ed.), *Gastroenterología y Hepatología*. España: Ediciones Harcourt
- Drossman, D., A. (1999). Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *The American Journal of Medicine*. 107(5A), 41S-50S
- Drossman, D. A. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, 45(supl. II), 111-115
- Drossman, D. A. (2006). Introduction: the functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, 130, 1377-1390
- Drossman, D. A., Toner, B. B., Whitehead, W. E., Diamant, N. E., Dalton, C. B., Duncan, S., Emmott, S., Proffitt, V., Akman, D., Frusciante, K., Le, T., Meyer, K., Morris, C. B., Blackman, C. J., Hu, Y., Jia, H., Li, J. Z., Koch, G. G. y Bungdiwala, S. I. (2003). Cognitive-behavioural therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 125 (1): 19-31

- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press
- Forns, M. y Zanini, D. (2004). Coping y psicopatología: comparación entre adolescentes de la muestra general y sub-clínica. *Psiquiatría.com*, 8 (2)
- Gallardo, U. E. y Serratos, P. L. (2004). Los efectos del estrés en la salud: un estudio a estudiantes de psicología. Tesis no publicada de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
- García, C. E. (1993). *Introducción a la Psicometría*. España: Siglo XXI Editores
- Gonsalkorale, W. M., Miller, V., Afzal, A. y Whorwell, P. J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52(11),1623-1629
- Guyton, A. C. (1994). *Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso*. Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Hecht, E. (1998). *Física 1: Álgebra y Trigonometría*. México: Thomson
- Holguín, Q. F. y Hayashi, M. L. (1987). *Estadística*. México: Editorial Diana
- Hospital General de México. (2005). Cuaderno estadístico enero-septiembre, México.
- Hospital General de México. (2006). Cuaderno estadístico enero-marzo, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). Estadísticas del sector salud y seguridad social. Cuaderno núm. 20, México
- Jones, M. P., Wessinger, S. y Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 4(4), 474-481 (abstract)
- Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., Seed, P., Wessely, S. y Chalder, T. (2006) Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 10(19), 1-67
- Kerlinger, F. N. y Lee, B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios, relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica*, 2(3), 199-211
- Koloski, N. A. y Talley, N. J. (2002). Role of sexual or physical abuse in IBS. En M. Camilleri, y R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Treatment*. (pp. 37-43). London: W. B. Saunders

- Lackner, J. M. y Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, 110(3), 597-604
- Lackner, J. M., Quigley, B. M. y Blanchard, E. B. (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic Medicine*, 66, 435-441
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. España: Mc Graw Hill
- Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A. y Creed, F. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130, 1447:1458
- Longstreth, G. F. (2002). Clinical diagnosis of IBS. En M. Camilleri, y R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Treatment*. (pp. 1-10). London: W. B. Saunders
- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F. y Spiller, R. C. (2006). Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 130, 1480-1491
- Lugo, M., Lara, C., González, J. E. y Granadillo, D. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 50(103), 21-29
- Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W. y Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal*, 2, 653-654
- Marsland, A. L., Bachen, E. A., Cohen, S. y Manuck, S. B. (2001). Stress, immunity and susceptibility to infectious disease. En A., Baum, T. A., Revenson, y J. E., Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 683-695). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Mínguez, P. M., Herreros, M. B., Mora, M. F. y Benages, M. B. (2005). Síndrome de Intestino Irritable. *Medicine: Programa de Formación Continuada en Medicina Asistencial. 7ª Serie* (4): 157-163
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: a conceptual overview. En R. H. Moos (Ed.). *Coping with life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométrica*. México: Mc Graw Hill

- Ortega, A. P., Mercado, D. S., Reidl, M. L. M. y Estrada, R. C. (2005). Estrés Ambiental en Instituciones de Salud. México: UNAM, Facultad de Psicología
- Palacios, V. J. J. (1998). El estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento. En O., G., Rodríguez (Ed.), *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp 151-188). México: M. A. Porrúa, UNAM, Facultad de Psicología
- Pérez San Gregorio, M. A., Martín Rodríguez, A., Borda, M. y Del Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Medicina Psicosomática* 67/68
- Perneger, T. V. (1995). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal*, 310(1073)
- Phares, E. J. y Trull, T. J. (2003). *Psicología Clínica*. México: Thomson
- Pineda, P. M. y Rentería, S. E. (2002). Estrés, motivación de logro y rendimiento académico en estudiantes universitarios que trabajan. Tesis no publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
- Plante, T. G. y Ford, M. (2000). The association between cardiovascular stress responsivity and perceived stress among subjects with irritable bowel syndrome and temporomandibular joint disorder: a preliminary analysis. *International Journal of Stress Management* 7(2): 103-119
- Polo, A., Hernández, J. M. y Poza, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2 (2-3), 159-172
- Posserud, I., Ersryd, A., y Simrén, M. (2006). Functional findings in Irritable Bowel Syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 12(18): 2830-2838
- Quigley, E. M. (2003). Current concepts of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology Supplement*. 237, 1-8
- Ramírez, M. J., Mata, R. N., Cervantes, B. R., Zárate, M. F. y García C. M. (2003). Síndrome de Intestino Irritable (Artículo de revisión). *Acta Pediátrica Mexicana*, 24(5), 297-303
- Regueiro, G. J. R., López, L. C., González, R. S. y Martínez, N. E. (2002). *Inmunología: biología y patología del sistema inmune*. México: Editorial Médica Panamericana
- Rengifo, A. y Mariño, G. (2001). Síndrome de Intestino Irritable. En Hani, A. A., Alvarado, B. J y Gutiérrez, C. O. (Eds.), *Gastroenterología*. (pp: 178-185). Colombia: McGraw Hill Interamericana
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, A. L. (1992). *Psicología Fisiológica*. España: McGraw Hill

- Sandi, C., Venero, C. y Cordero M. I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Editorial Ariel
- Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. United States of America: John Wiley & Sons Inc
- Schwetz, I., Bradesi, S. y Mayer, E. A. (2004). The pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Minerva Medicine*, 95, 419-426
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present and future. En C., L., Cooper, (Ed.). *Stress research: Issues for the eighties* United States of America: John Wiley & Sons
- Sheikh, M. Y. y Wright, R. A. (1999). Irritable bowel syndrome: current concepts and future prospects. *Hospital Physician*, 31-38
- Shturman, S. S. (2005). *El poder del estrés*. México: Libros para todos
- Siegel, S. (1990). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas
- Taylor, S. E. Gonzaga, G. C., Klein, L. C., Hu, P., Greendale, G. A. y Seeman, T. E. (2006). Relation of oxytocin to psychological stress responses and Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis activity in older women. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 238-245
- Talley, N. J. y Spiller, R. (2002) Irritable Bowel Syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet*, 360, 555-564
- Thompson, W. G. (2006). The road to Rome. *Gastroenterology*, 130, 1552-1556
- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 19(2), 223-234
- Toner, B. B., Segal, Z., V., Emmot, S. D. y Myran, D. (2000). *Cognitive-Behavioral Treatment of Irritable Bowel Syndrome, the brain-gut connection*. United States of América: The Guilford Press
- Torii, A. y Toda, G. (2004). Management of Irritable Bowel Syndrome (Review article). *Internal Medicine*, 43(5), 353-359
- Universidad Nacional Autónoma de México (1997). *Inventario de Estrés y Afrontamiento*.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. España: Ediciones Martínez Roca

- Valenzuela, Hernández-Guzmán, L y Sánchez-Sosa, J. J. (1995). Quejas psicósomáticas y comportamiento sexual en función del abuso sexual sufrido en la niñez. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 1(2), 201-224
- Van Dulmen, A. M., Fennis, J. F. M., Mokkink, H. G. A. y Bleijenberg, G. (1996). The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Family Practice*, 13(1), 12-17
- Visauta, V. B. (2002). *Análisis Estadístico con SPSS para Windows. Vol I*. España: McGraw Hill
- Whitehead W. E. (2006). Validation of the criteria and development of the Rome III Diagnostic Questionnaire. Recuperado de <http://www.romecriteria.org/criteria/#> el 05 de septiembre de 2006
- Whitehead W. E. y Schuster M. M. (1985). *Gastrointestinal Disorders: Behavioral and physiological basis for treatment*. Estados Unidos: Academic Press
- Zambrano, V. S. A. (1998). *Manual de Inmunología básica y clínica*. México: JGH Editores

## ANEXO 1 ESCALA DE AFRONTAMIENTO PERSONAL DE MOOS

Sexo: Masculino Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /06  
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)  
Escuela o Facultad: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_  
Semestre actual: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Otro: \_\_\_\_\_

Instrucciones: En esta sección intentamos conocer cuáles son las formas como tratas de solucionar los problemas que se te presentan cotidianamente. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor contesta con toda franqueza, diciendo la verdad.

Las preguntas comienzan con una parte escrita y después tienen seis posibilidades para escoger. Escoge la opción que refleje mejor tu propio caso, escribiendo dentro del paréntesis la letra correspondiente a cada reactivo.

CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

1. Trato de saber más sobre el problema.....( )
2. Hablo con mi pareja o con otros parientes sobre el problema .....( )
3. Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema .....( )
4. Hablo con un profesionalista (médico, abogado, cura, etc.) sobre el problema.....( )
5. Le pido a Dios que me guíe .....( )
6. Rezo para darme valor .....( )
7. Me preparo por si pasa lo peor .....( )
8. No me preocupo, pienso que todo saldrá bien .....( )
9. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas .....( )
10. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas .....( )
11. Trato de verle el lado bueno al problema .....( )
12. Hago otras cosas para no pensar en el problema .....( )
13. Pienso en un plan de acción y lo echo a andar .....( )
14. Pienso en varias opciones para manejar el problema .....( )
15. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente .....( )
16. No dejo ver lo que siento .....( )
17. Tomo las cosas como vienen .....( )

- 18. Trato de analizar las cosas y ver realmente como son .....( )
- 19. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor .....( )
- 20. Trato de no actuar precipitadamente .....( )
- 21. Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras) ..( )
- 22. Trato de olvidarme por un tiempo del problema .....( )
- 23. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas.....( )
- 24. Evito estar con la gente.....( )
- 25. Trato de que, en el futuro, las cosas sean diferentes .....( )
  
- 26. Me cuesta trabajo creer lo que está pasando .....( )
- 27. Como yo no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen .....( )
- 28. Trato de no sentir nada .....( )
- 29. Busco la ayuda de personas o grupos que han tenido problemas parecidos.....( )
- 30. Trato de sacarle provecho al problema .....( )

31. Intento relajarme o tomarlo con calma

- a. Bebiendo más
- b. Comiendo más
- c. Fumando más
- d. Haciendo más ejercicio
- e. Tomando más tranquilizantes

32. Considero que tengo aproximadamente \_\_\_\_ amigos verdaderos

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

33. Tengo alrededor de \_\_\_\_ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

34. Conozco a \_\_\_\_ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas

- a. Ninguna

- b. Una
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

35. Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano:

- a. Una vez al día
- b. Una vez a la semana
- c. Una vez al mes
- d. Una vez cada seis meses
- e. Una vez al año

## ANEXO 2 ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS DE COHEN

Sexo: Masculino Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/06  
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)  
Escuela o Facultad: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_  
Semestre actual: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Otro: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a **sentimientos y pensamientos que han pasado por tu mente durante el último mes**, y que aparecen o han aparecido con frecuencia. Algunas de las preguntas se parecen, pero hay diferencias entre ellas, por lo cual te pedimos que trates de contestar cada una por separado.

Recuerda que las preguntas se refieren únicamente al **último mes**.

EN EL ÚLTIMO MES ME HE SENTIDO...

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

1. Alterado(a) por algo que pasó de repente.....( )
2. Incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida .....( )
3. Nervioso(a) y estresado(a).....( )
4. He afrontado con éxito los problemas que se me han presentado .....( )
5. Me siento satisfecho(a) por la manera que he aceptado cambios recientes en mi vida.....( )
6. Me siento seguro(a) acerca de mi habilidad para manejar mis problemas personales.....( )
7. Siento que las cosas van pasando de acuerdo con mi manera de ser....( )
8. Siento que no he podido resolver todos mis problemas.....( )
9. He sido capaz de controlar los enojos.....( )

- 10. Me he sentido fuera de control.....( )
- 11. Me he enojado por cosas que pasan fuera de mi control.....( )
- 12. He pensado y meditado acerca de las cosas que no he podido resolver.( )
- 13. He encontrado en qué ocupar mi tiempo.....( )
- 14. He podido sobreponerme a las dificultades que he tenido.....( )

### ANEXO 3 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA ESTUDIO 2

Sexo: Masculino Femenino      Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/06  
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)  
Escuela o Facultad: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_  
Semestre actual: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)      Otro: \_\_\_\_\_

#### RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL DE MOOS

Instrucciones: En esta sección intentamos conocer cuáles son las formas como tratas de solucionar los problemas que se te presentan cotidianamente. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor contesta con toda franqueza, diciendo la verdad.

Las preguntas comienzan con una parte escrita y después tienen seis posibilidades para escoger. Escoge la opción que refleje mejor tu propio caso, escribiendo dentro del paréntesis la letra correspondiente a cada reactivo.

1. Trato de saber más sobre el problema.....( )
2. Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema .....( )
3. Me preparo por si pasa lo peor .....( )
4. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas .....( )
5. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas .....( )
6. Trato de verle el lado bueno al problema .....( )
7. Hago otras cosas para no pensar en el problema .....( )
8. Pienso en un plan de acción y lo echo a andar .....( )
9. Pienso en varias opciones para manejar el problema .....( )
10. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente .....( )
11. Tomo las cosas como vienen .....( )
12. Trato de analizar las cosas y ver realmente como son .....( )
13. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor .....( )
14. Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras) .....( )
15. Trato de olvidarme por un tiempo del problema .....( )
16. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas.....( )
17. Evito estar con la gente.....( )
18. Trato de que, en el futuro, las cosas sean diferentes .....( )
19. Como yo no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen....( )
20. Trato de no sentir nada .....( )
21. Trato de sacarle provecho al problema .....( )
22. Considero que tengo aproximadamente \_\_\_\_\_ amigos verdaderos

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

23. Tengo alrededor de \_\_\_\_\_ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

24. Conozco a \_\_\_\_\_ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas

- a. Ninguna
- b. Una
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

### ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS DE COHEN

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a **sentimientos y pensamientos que han pasado por tu mente durante el último mes**, y que aparecen o han aparecido con frecuencia. Algunas de las preguntas se parecen, pero hay diferencias entre ellas, por lo cual te pedimos que trates de contestar cada una por separado. Recuerda que las preguntas se refieren únicamente al **último mes**.

EN EL ÚLTIMO MES ME HE SENTIDO...

- a) Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e) Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

- 25. Alterado(a) por algo que pasó de repente.....( )
- 26. Incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida .....( )
- 27. Nervioso(a) y estresado(a).....( )
- 28. He afrontado con éxito los problemas que se me han presentado .....( )
- 29. Me siento satisfecho(a) por la manera que he aceptado cambios recientes en mi vida.( )
- 30. Me siento seguro(a) acerca de mi habilidad para manejar mis problemas personales..( )
- 31. Siento que las cosas van pasando de acuerdo con mi manera de ser.....( )
- 32. Siento que no he podido resolver todos mis problemas.....( )
- 33. He sido capaz de controlar los enojos.....( )
- 34. Me he sentido fuera de control.....( )
- 35. Me he enojado por cosas que pasan fuera de mi control.....( )
- 36. He encontrado en qué ocupar mi tiempo.....( )
- 37. He podido sobreponerme a las dificultades que he tenido.....( )

### ANEXO 4 CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO ROMA III

Instrucciones: Este cuestionario se refiere a síntomas intestinales que has presentado en los últimos meses, por favor elige una respuesta a cada pregunta y escribe el número correspondiente en el cuadro de la derecha.

1. En los últimos 3 meses qué tan frecuente has sentido molestia o dolor en cualquier parte de tu abdomen	0. Nunca 1. Menos de un día al mes 2. Un día al mes 3. Dos a tres días al mes 4. Un día a la semana 5. Más de un día a la semana 6. Todos los días	
2. Para mujeres: esta molestia o dolor ocurre únicamente durante tu periodo menstrual y no en otros momentos?	0. No 1. Si	
3. Para ambos: has tenido esta molestia o dolor 6 meses o más?	0. No 1. Si	
4. Qué tan frecuente es que esta molestia o dolor abdominal se mejore o desaparezca cuando vas al baño?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
5. Cuando la molestia o dolor comienzan, has sentido mayores deseos de ir al baño?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
6. Cuando esta molestia o dolor comienza has sentido menos deseos de ir al baño?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
7. Cuando esta molestia o dolor comienza, tus heces fecales son más sueltas?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
8. Cuando esta molestia o dolor comienza, qué tan frecuente es que tus heces fecales sean más duras?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
9. En los últimos 3 meses, qué tan frecuente has presentado heces duras o con grumos?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
10. En los últimos 3 meses qué tan frecuente has presentado heces sueltas, acuosas o líquidas?	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	
11. Presencia de pujo, urgencia de ir al baño o sensación de evacuación incompleta	1. Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo) 2. Pocas veces (20% a 40% del tiempo) 3. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo) 4. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) 5. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)	

En la siguiente escala, marca la severidad con la que consideras tus síntomas digestivos en la última aparición:

No es molesto para mi	Es poco molesto	Es muy molesto	Es serio	Es muy serio	Es totalmente incapacitante
-----------------------	-----------------	----------------	----------	--------------	-----------------------------