



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD

**“RASGOS DE PERSONALIDAD FRECUENTES EN LA
PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA POR ENFERMEDAD
DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO POSTERIOR A
FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL**

P R E S E N T A:

DRA. MARÍA LUISA MONDRAGÓN COLÍN

**TUTOR DEL CURSO:
DR. JAVIER LUNA MARTÍNEZ**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JAVIER LUNA MARTÍNEZ
DR. EDUARDO COLMENARES BERMUDEZ**

MEXICO, D. F. AGOSTO 2011





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.

AGRADECIMIENTOS

A Dr. Javier Luna Martínez, Dr. Carlos Mata Quintero, Dr. Ulises Chávez Villanueva, Dr. Fermín Pliego Maldonado, Dr. Eduardo Oropeza Martínez, Dr. Francisco Reyna Abundis; por ser mis maestros. Y muy en especial al Dr. Eduardo Colmenares

*

A la Dra. Judith López Zepeda por el apoyo académico así como la aportación de elementos necesarios para mi formación profesional como médico especialista.

*

DR. CARLOS FERNANDO DÍAZ ARANDA
DIRECTOR

DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. JAVIER LUNA MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS

DR. EDUARDO COLMENARES BERMUDEZ
ASESOR DE TESIS

TABLA DE CONTENIDOS

Marco teórico.....	5
Planteamiento del Problema.....	9
Justificación.....	9
Objetivo.....	10
Material y Métodos.....	13
Resultados.....	15
Discusión.....	18
Conclusión.....	19
Referencias.....	20
Anexos.....	23

“RASGOS DE PERSONALIDAD FRECUENTES EN LA PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA POR ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO POSTERIOR A FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA”

Marco Teórico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición crónica causada por el flujo retrógrado del contenido gastroduodenal hacia el esófago. Cuando los síntomas se vuelven frecuentes, severos y requieren medicación, condicionan un impacto significativo en la calidad de vida.

El resultado de la cirugía antirreflujo se ha evaluado por medidas objetivas (Endoscopia superior, manometría, ph metría) las cuales parecen tener una pobre correlación con la percepción de los síntomas por el paciente. (1)

La cirugía laparoscópica se ha caracterizado como el gold estándar para el manejo del ERGE. Posterior al primer reporte en 1991 fue adoptada rápida e indiscriminadamente en un amplio espectro de pacientes diagnosticados correcta o incorrectamente con ERGE. La vaga e inusual definición de esta enfermedad permite que una gran variedad de desórdenes sean categorizados bajo el mismo diagnóstico y permite el subdiagnóstico de otras entidades. Se ha propuesto una definición más estricta cuando se considera la cirugía como manejo de elección: La enfermedad por reflujo gastroesofágico se documenta por un reflujo anormal del contenido gástrico hacia el esófago, produciendo sintomatología relacionada

con el reflujo o daño a la mucosa confirmado. La cirugía para ERGE reconstruye los tres componentes de la barrera antirreflujo:

Restauración del esófago en su porción intraabdominal

Reconstrucción del esfínter extrínseco (plastia de pilares)

Reforzamiento del esfínter intrínseco. (2)

Sin embargo, una proporción significativa de pacientes con ERGE permanecen sintomáticos o desarrollan nuevos síntomas posterior al manejo quirúrgico, en quienes los resultados a largo plazo y la efectividad no es completamente predecible. De cualquier manera, la tasa de falla y complicaciones de la cirugía antirreflujo son muy similares en la mayoría de los estudios de series de casos y la mayoría se pueden considerar como impredecibles en el sentido de la evaluación preoperatoria. (3)

La funduplicatura de Nissen es ampliamente recomendada como terapia definitiva para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), con más de 90% de la eficacia para el control a largo plazo del reflujo ácido. Aunque la funduplicatura de Nissen corrige el defecto anatómico de la unión esofagogástrica y consigue una barrera antirreflujo, algunos pacientes continúan sintomáticos. En ausencia de factores quirúrgicos como el ajuste o laxitud de la funduplicatura, la fisiopatología de la persistencia de los síntomas continúa desconocida. La exposición prolongada del material del reflujo con el tiempo puede llegar a una sensibilización de los mecanoreceptores y nociceptores de la pared esofágica así como a los nervios aferentes y el sistema nervioso central. Este proceso de sensibilización

central y periférica puede explicar la persistencia de la hipersensibilidad esofágica en pacientes con ERGE a pesar de una cirugía antirreflujo efectiva. (4)

A pesar de que se han descrito diversos factores pronósticos de la evolución postquirúrgica la calidad y la consistencia de los datos son múltiples y la fuerza de las asociaciones permanecen de forma poco clara y no se ha conseguido un consenso.

Se ha comprobado que la cirugía es más efectiva que el manejo médico para la prevención de las complicaciones por ERGE sin embargo en el manejo de pacientes con sintomatología refractaria permanece incierto. Debido a que se han reportado complicaciones serias y permanentes posteriores al manejo quirúrgico, se requiere examinar los factores que pueden afectar los resultados postquirúrgicos.

Una revisión de la biblioteca Cochrane reporta que la presencia de estrés, algunas condiciones psicológicas o un antecedente de desórdenes psiquiátricos se asocian como factores predictores de mala respuesta postoperatoria. (15)

Un pequeño porcentaje de los pacientes no responden al manejo quirúrgico posterior a una funduplicatura laparoscópica, se ha buscado identificar los factores predictores de falla. La falla se ha definido como necesidad de reintervención, insatisfacción del paciente o cualquier persistencia de sintomatología. Estudios de factores predictores preoperatorios de falla postoperatoria por funduplicatura laparoscópica entre los cuales se han propuesto el sexo, edad, índice de masa corporal, respuesta al manejo médico, historia médica psiquiátrica, síntomas típicos y atípicos; de estos se ha encontrado un índice masa corporal >35 , los antecedentes psiquiátricos, sin especificar, se han asociado como predictor de falla con una significancia limítrofe ($p= 0.06$). Se

requieren más estudios para poder identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de la funduplicatura laparoscópica (16).

Posterior a la funduplicatura, la mayoría de los pacientes refieren alivio de la sintomatología y satisfacción por el resultado. Sin embargo, algunos se refieren insatisfechos y buscan atención médica adicional. El motivo de la insatisfacción es: 1. Persistencia de los síntomas preoperatorios, 2. Recurrencia de la sintomatología posterior a un periodo de satisfacción, o 3. Nuevos síntomas o efectos colaterales no experimentados preoperatoriamente. Dicha insatisfacción es más común en los pacientes quienes no respondieron a los inhibidores de la bomba de protones antes de la cirugía y en los pacientes que han tenido síntomas atípicos tales como tos crónica, laringitis, asma, dolor torácico no cardíaco. Conocemos que menos del 30% de los pacientes quienes se quejan de recurrencia o persistencia de la sintomatología de reflujo posterior a la funduplicatura realmente padecen enfermedad por reflujo.

Las características **psicológicas** independientemente de los síntomas típicos o atípicos, han probado ser predictores más fuertes del alivio de la sintomatología que los hallazgos manométricos. El paciente quien después de un periodo asintomático postoperatorio, manifiesta recurrencia de dolor torácico, regurgitación, es más probable que presente un reflujo “real” como causa de la sintomatología. (5)

Los pacientes que presentan una pobre correlación de los síntomas de reflujo con los estudios objetivos eventualmente desarrollan un alto nivel de ansiedad e histeria. La ansiedad y depresión incrementan los síntomas relacionados con la enfermedad por reflujo gastroesofágico esto último basado en estudios de

pacientes, por lo cual se ha propuesto que los pacientes que no responden al manejo tienen una probabilidad más alta de presentar una comorbilidad psicosocial. En consecuencia las funduplicaturas han contribuido a un número de complicaciones postoperatorias los cuales se pueden atribuir a una mala selección de los pacientes candidatos a la cirugía.

Planteamiento del Problema

¿Qué rasgos de personalidad son más frecuentes en la persistencia de la sintomatología por Enfermedad de reflujo gastroesofágico posterior a la funduplicatura laparoscópica?

Justificación

Existe evidencia acerca del impacto de la percepción y expectativas del paciente sobre la evolución y los resultados de la cirugía antirreflujo. Existen formas objetivas de evaluar en forma preoperatoria a los pacientes candidatos al manejo quirúrgico, sin embargo ninguna de estas pruebas toma en cuenta los rasgos de personalidad del paciente y la magnitud de estos sobre la sintomatología y respuesta al manejo quirúrgico. Condición que explora la presente investigación para el conocimiento general y posibles futuras investigaciones relacionadas a rasgos caracterológicos frecuentes en las manifestaciones de ERGE.

Hipótesis

Los rasgos de personalidad del paciente se asocian con la persistencia de la sintomatología posterior a la funduplicatura.

Hipótesis alterna

La persistencia de la sintomatología posterior a la funduplicatura laparoscópica no se asocia con los rasgos de personalidad.

Objetivo general

Identificar los rasgos de personalidad asociados a la persistencia de la sintomatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico posterior al manejo quirúrgico especializado.

Tipo y diseño del estudio

Observacional, exploratorio, prospectivo y longitudinal

Definición del universo

Pacientes con diagnóstico de ERGE que fueron sometidos a manejo quirúrgico, de funduplicatura laparoscópica, en el servicio de cirugía general del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

Criterios de inclusión

Sintomatología compatible con ERGE (ardor retroesternal, regurgitación, pirosis)

Hallazgos manométricos de incompetencia de EEI (presión <10mmHg)

Hallazgos por ph metría de exposición ácida (índice de Demeester >14.6)

Evidencia por imagen de hernia hiatal (serie esofagogastroduodenal y/o endoscopia)

Evidencia por imagen de Reflujo (Endoscopia)

Criterios de exclusión

Pacientes sintomáticos sin correlación con hallazgos manométricos, ni por endoscopia, de exposición ácida

Pacientes con funduplicatura previa

Pacientes con índice de Demeester dentro de la normalidad <14.6, sin hallazgos por endoscopia de lesión esofágica

Pacientes con diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico

Criterios de eliminación

Pacientes con criterios de inoperabilidad laparoscópica

Pacientes que falten a la consulta postoperatoria

Pacientes que no contesten el interrogatorio preoperatorio y la escala postoperatoria

Métodos de selección de la muestra

Durante el año 2009 se otorgaron 4622 consultas en el servicio de cirugía general de este hospital, siendo el diagnóstico de ERGE el quinto diagnóstico en frecuencia con 238 casos. En el mismo periodo se efectuaron 638 cirugías mayores donde la funduplicatura de Nissen ocupa el tercer lugar de las cirugías efectuadas con un 10.1% y el segundo lugar como procedimiento laparoscópico.

Se incluyeron a los pacientes referidos a la consulta externa del servicio de cirugía general para manejo quirúrgico de ERGE que cumplieron con los criterios de inclusión, completando los protocolos preoperatorios y programados para cirugía.

El procedimiento fue realizado por los médicos cirujanos de este centro hospitalario que cuentan con el adiestramiento en cirugía laparoscópica y emplean la misma técnica quirúrgica en todos los casos.

Instrumentos de medición empleados

Cuestionario revisado de diagnóstico de la personalidad (PDQ-R)

El Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R) es el instrumento diseñado para evaluar los trastornos de la personalidad del DSM-III-R mediante un formato de autoaplicación. El PDQ-R tiene un comportamiento clinimétrico diferencial para cada grupo de trastornos y puede utilizarse en su versión castellana siempre y cuando se tengan en cuenta sus limitaciones. (17)

Escala de Visick

La escala de Visick se ha empleado en diferentes estudios para valorar el resultado postoperatorio de la cirugía antirreflujo y esta ha demostrado que puede ser aplicada para valorar el efecto subjetivo de la cirugía antirreflujo; ya que se correlaciona bien con el síntoma más importante (pirosis) y a su vez destaca la dificultad de medir adecuadamente el resultado sintomático de la cirugía. (6)

Material y métodos

En la población de pacientes del HCSAE PEMEX el diagnóstico por ERGE se registró en un total de 2035 pacientes durante el periodo de un año de los cuales 238 son referidos al servicio de Cirugía general y durante el mismo periodo se realizaron 26 funduplicaturas laparoscópicas de los pacientes referidos y valorados como candidatos para el manejo quirúrgico que componen la muestra de investigación. Completando el protocolo preoperatorio, y la programación de su cirugía durante el periodo de Junio 2010 a Mayo de 2011; una vez hospitalizados durante el periodo preoperatorio se les aplicó el cuestionario revisado de diagnóstico de la personalidad (PDQ-R) autoaplicable previa firma de consentimiento informado con la finalidad de identificar los rasgos de personalidad de cada paciente. Se realizó además el seguimiento con aplicación de la escala de Visick en el periodo postoperatorio a las 4 y 12 semanas por la consulta externa (13) a todos los pacientes sometidos a cirugía para valorar la persistencia de la sintomatología (variable dependiente). Se dividirán los resultados postoperatorios en dos grupos; Grados 1 y 2 de escala de Visick (Grupo 1: Asintomático) y grados 3 a 5 de la escala de Visick (Grupo 2: Sintomático)

buscando la asociación con los rasgos de personalidad que sean encontrados de acuerdo a los resultados del cuestionario para describir o no una asociación entre determinados rasgos de personalidad y la persistencia de la sintomatología por ERGE posterior a la Funduplicatura laparoscópica.

Procesamiento y presentación de la información

El manejo de los datos con reporte de medidas de tendencia central y correlación de variables por el coeficiente de Spearman, así como Chí cuadrada para diferencias entre grupos.

Recursos y logística

- Impresión de los consentimientos informados para la aplicación del cuestionario autoaplicable
- Impresión de los cuestionarios autoaplicables
- El cuestionario preoperatorio será proporcionado y recuperado por el residente de cirugía general al ingreso del paciente a hospitalización en el preoperatorio
- El seguimiento se realizara por la consulta externa con la participación del residente de cirugía general y se consignará en la nota de expediente el grado de la escala de Visick respectivo.

Resultados

Durante el periodo comprendido de Junio 2010 a Mayo 2011 se incluyeron 27 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión, de los cuales 13 (48%) correspondieron al sexo masculino y 14 (52%) al sexo femenino, con edad promedio general de 55.11 años con una moda de 47 años; todos con diagnóstico de ERGE y programados para funduplicatura laparoscópica en el servicio de Cirugía General del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX. De los cuales se excluyeron 6 pacientes (2 hombres y 4 mujeres) que no aceptaron la aplicación de la escala preoperatoria.

Previa firma de consentimiento informado se aplica cuestionario PDQ-4 de personalidad. Se realizó seguimiento postoperatorio por medio de la consulta externa o vía telefónica a 4 y 12 semanas con aplicación de la escala de Visick para valoración de la persistencia de sintomatología posterior al manejo quirúrgico.

De acuerdo con los resultados del seguimiento se distribuyeron en dos grupos a las 4 semanas y dos grupos a las 12 semanas; Grupo 1 (asintomático) a las 4 semanas 20 pacientes (95%), Grupo 2 (sintomático) a las 4 semanas 1 paciente (5%) y Grupo 1 (asintomático) a las 12 semanas 19 pacientes (90%), Grupo 2 (sintomático) a las 12 semanas de 2 pacientes (10%).

Con la distribución en cuanto al sexo Grupo 1 (asintomático) a las 4 semanas 10 mujeres (50%) y 10 hombres (50%), Grupo 2 (sintomático) a las 4 semanas 1 hombre (100%); Grupo 1 (asintomático) a las 12 semanas 10 hombres (52%) y 9 mujeres (48%), Grupo 2 (sintomático) a las 12 semanas 1 hombre (50%) y 1 mujer (50%).

Tabla 1. Distribución general

	GRUPO 1	GRUPO 2
	ASINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
4 SEMANAS	20(95%)	1(5%)
12 SEMANAS	19(91%)	2(9%)

Tabla 2. Distribución por grupo y sexo

		GRUPO 1	GRUPO 2
	SEXO	ASINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
4 SEMANAS	MASCULINO	10	1
	FEMENINO	10	0
12 SEMANAS	MASCULINO	10	1
	FEMENINO	9	1

En relación al cuestionario autoaplicable de personalidad, se aplicaron 21 cuestionarios previa firma de consentimiento informado con los siguientes resultados; ningún rasgo de personalidad predominante en 10 casos (48%) de los cuales 5 fueron hombres y 5 mujeres, rasgo de personalidad *obsesivo-compulsivo* en 5 (23%) de los cuales fueron 4 hombres y 1 mujer, rasgo de personalidad *depresivo* en 1 caso (5%) correspondió a una mujer, rasgo de personalidad *narcisista* en 1 caso (5%) el cual correspondió a un hombre, rasgo de personalidad por *evitación* (ansiedad) en 1 caso (5%) que correspondió a una mujer; en relación a casos con varios rasgos de personalidad se encontraron 3 casos de los cuales 1 caso (5%) se presentó personalidad *paranoide-obsesiva-*

por evitación que correspondió a una mujer mientras que 2 casos (9%) presentaron personalidad *esquizoide-obsesiva*, un hombre y una mujer.

Tabla 3. Distribución de rasgos de personalidad

Rasgo de personalidad	Masculino	Femenino	Total
Ninguno	5	5	10(48%)
Obsesivo-compulsivo	4	1	5(23%)
Depresivo	0	1	1(5%)
Evitación (ansiedad)	0	1	1(5%)
Narcisista	1	0	1(5%)
Paranoide-Obsesivo-Evitación	0	1	1(5%)
Esquizoide-obsesivo	1	1	2(9%)
TOTAL	11	10	21(100%)

Tabla 4. Distribución por grupo y personalidad

Personalidad	GRUPO 1	GRUPO 2	Total
<i>Ninguno</i>	8	2	10
Obsesivo-compulsivo	4	1	5
Depresivo	1	0	1
Narcisista	1	0	1
Evitación (ansiedad)	1	0	1
Varios	3	0	3
Total	18(85%)	3(15%)	21(100%)

Al realizar los procedimientos estadísticos de comparación de grupos así como las posibles asociaciones no fueron estadísticamente significativos los hallazgos.

Discusión.

Durante el periodo de estudio la persistencia de la sintomatología posterior a la cirugía se presentó en la minoría de los pacientes, por lo tanto los rasgos de personalidad encontrados en el grupo de estudio no son relevantes para los resultados. Cabe destacar que de acuerdo con la literatura se esperaría encontrar rasgos de tipo ansioso-depresivo, sin embargo, únicamente en uno de los casos del grupo 2 (sintomático) la personalidad predominante fue obsesivo-compulsivo con una proporción de 33%.

El rasgo de personalidad más frecuente descrito fue el obsesivo-compulsivo (23%) sin embargo únicamente uno de los pacientes con esta personalidad presentó persistencia de la sintomatología lo cual no representa significancia clínica. La personalidad obsesivo-compulsivo se caracteriza porque las personas tienden a ser altamente exitosos y experimentan un sentido de urgencia respecto a sus acciones. Pueden llegar a estar muy molestos si otras personas interfieren con sus rutinas rígidas, pero tal vez no sean capaces de expresar su ira directamente. En lugar de esto, las personas con esta personalidad obsesivo-compulsiva experimentan sentimientos que ellos consideran más apropiados, como la **ansiedad** o la frustración. Sería necesario hacer seguimiento a los pacientes en quienes se identificó este rasgo de personalidad, a largo plazo para valorar la persistencia de la sintomatología.

Aunque no fueron encontradas diferencias estadísticas significativas, la frecuencia como se menciona de los rasgos obsesivos compulsivos no permite mantener una idea sustentable en relación a su asociación con este tipo de pacientes ya que a fin de cuentas es un padecimiento dentro de los trastornos de ansiedad y que estos están relacionados con la presentación de síntomas gastrointestinales que

bien podrían ser una condición que favorezca la presentación o persistencia de estos síntomas condición que debe ser comprobada en futuras investigaciones limitando los sesgos de la presente.

Conclusión

De acuerdo con los resultados encontrados se acepta la hipótesis alterna, ya que no se hay significancia estadística al no encontrarse una asociación en la persistencia de síntomas por reflujo gastroesofágico y algún tipo de rasgo de personalidad.

Finalmente en el 56% del grupo asintomático se presentaron rasgos de personalidad identificables por el instrumento de medición con una mayor frecuencia de la personalidad obsesiva-compulsiva. Mientras que en el grupo sintomático la mayoría, con un 66%, no presentaron una personalidad identificable. Por tanto los rasgos de personalidad no se asocian con la persistencia de la sintomatología, de acuerdo con los hallazgos del presente estudio sin poder generalizar esta condición.

Sin embargo, cabe destacar, que la principal limitante del estudio es el periodo de seguimiento ya que se requiere extender el seguimiento por lo menos a 3 años posterior a la cirugía.

Referencias bibliográficas

- 1. Amato G, et al. Association between persistent symptoms and long-term quality of life after laparoscopic total fundoplication. Am J Surg 2008;196.**
- 2. Rice, T. Surgical management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Clin N Am. 2008; 37**
- 3. Pidoto, R. Quality of life and predictors of long-term outcome in patients undergoing open Nissen fundoplication for chronic gastroesophageal reflux. Am J Surg 2006; 191.**
- 4. Remes-Troche J et al. Altered esophageal sensory-motor function in patients with persistent symptoms after Nissen fundoplication. Am J Surg 2007; 193.**
- 5. Vierra M. Looking for trouble: EUS after failed fundoplication. J Gie 2006; 63.**
- 6. De Jong R. The Visick Score: A good measure for the overall effect of antireflux surgery? Scand J gastroenterol 2008;43**
- 7. Heidelbaugh J. Atypical presentations of gastroesophageal reflux disease. Am Fam Physician. 2008;78**

- 8. Müller-Stitch B. Laparoscopic mesh-augmented hiatoplasty as a treatment of gastroesophageal reflux disease and hiatal hernias preliminary clinical and functional results of a prospective case series. Am J Surg 2008; 195**

- 9. Fass R. Approach to refractory gastroesophageal reflux disease in adults. Up to date 18.1. 2009**

- 10. Zinner M. Ashley S. Maingot's abdominal operations. Mc Graw Hill, 11th edición. 2007.**

- 11. Apiquián, R. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. JGH editores, México 2000.**

- 12. Lee, Yi-Chia. Comparative analysis between psychological and endoscopic profiles in patients with gastroesophageal reflux disease: A prospective study base on screening endoscopy. J Gast and hepatol 2006; 21**

- 13. Smith, D. Antireflux Surgery. Surg Clin N Am 2008; 88**

- 14. Kindt, S. Pathophysiology of Noncardiac chest pain: Not only acid. J Dis Mon 2008;5**

15. Stanley, Ip. Predictors of clinical outcomes following fundoplication for gastroesophageal reflux disease Remain Insufficiently defined: A systematic review. Am J Gastrol 2009; 104

16. Morgenthal, C. Who will fail laparoscopic Nissen fundoplication? Preoperative prediction of long-term outcomes. Surg Endosc 2007; 21

17. López, J. Páez, F. Estudio sobre la traducción y la validación del cuestionario revisado del diagnóstico de la personalidad (PDQ-R). Salud Ment 1996; Supl (3) : 39-42

Anexos.

PDQ-4+
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD
(Adaptación Española de Calvo, N. y Torrubia, R. 1.999)

Fecha : _____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: H M Edad : _____ años

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Estudios realizados: _____ Profesión: _____

INSTRUCCIONES

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación: " En estos últimos años...".

V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique "V" o "F" en cada pregunta. Por ejemplo, para la pregunta: xx.Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder "Verdadero" rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder "Falso" rodeando con un círculo la F.

No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

PDQ-4+

En estos últimos años...

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Evito trabajar con personas que podrían criticarme..... | V | F |
| 2. No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás..... | V | F |
| 3. A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo..... | V | F |
| 4. Necesito ser el centro de atención..... | V | F |
| 5. He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen..... | V | F |
| 6. Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero..... | V | F |
| 7. La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo con mis obligaciones... | V | F |
| 8. En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido se me hubieran cogido)..... | V | F |
| 9. No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos..... | V | F |
| 10. Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor..... | V | F |
| 11. Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme..... | V | F |
| 12. A veces me altero..... | V | F |
| 13. Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien..... | V | F |
| 14. Generalmente estoy deprimido..... | V | F |
| 15. Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí..... | V | F |
| 16. Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas..... | V | F |
| 17. Soy mas "sexy" que la mayoría de la gente..... | V | F |
| 18. A menudo pienso en lo importante que soy o seré..... | V | F |
| 19. Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna..... | V | F |
| 20. Me meto en muchas peleas..... | V | F |

21. Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.....	V	F
22. Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas.....	V	F
23. Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan.....	V	F
24. A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de fiar.....	V	F
25. En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas.....	V	F
26. Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo.....	V	F
27. Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo con ellos.	V	F
28. Padezco de baja autoestima.....	V	F
29. Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.....	V	F
30. Muestro mis emociones fácilmente.....	V	F
31. Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de verdad.....	V	F
32. A menudo me pregunto quién soy realmente.....	V	F
33. Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho tiempo en ningún trabajo.....	V	F
34. El sexo no me interesa.....	V	F
35. Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible.....	V	F
36. A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir.....	V	F
37. Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.....	V	F
38. Hay gente que no me cae bien.....	V	F
39. Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente.....	V	F
40. Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo.....	V	F
41. Tengo mayor sentido moral que otras personas.....	V	F
42. Soy mi peor crítico.....	V	F
43. Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesito.....	V	F
44. Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso.....	V	F
45. He intentado hacerme daño o suicidarme.....	V	F
46. Hago muchas cosas sin valorar las consecuencias.....	V	F
47. Hay pocas actividades que me interesen.....	V	F
48. A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo.....	V	F
49. Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....	V	F
50. Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice	V	F
51. Nunca he dicho una mentira.....	V	F
52. Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.....	V	F
53. Quiero agradecer tanto a la gente que me presto a hacer cosas que preferiría no hacer..	V	F
54. He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.....	V	F
55. Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas.....	V	F
56. Me preocupo por todo.....	V	F
57. Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga.....	V	F

58. Soy una persona muy inestable.....	V	F
59. No me cuesta mentir y lo hago a menudo.....	V	F
60. No me interesa tener amigo íntimos.....	V	F
61. Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí.....	V	F
62. Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño.....	V	F
63. Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo.....	V	F
64. Una guerra nuclear no sería una mala idea.....	V	F
65. Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo.....	V	F
66. Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente.....	V	F
67. Tengo un don para lo dramático.....	V	F
68. Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.....	V	F
69. Siento que mi vida es aburrida y vacía.....	V	F
70. Soy crítico con los demás.....	V	F
71. No me importa lo que diga la gente de mí.....	V	F
72. Me cuesta relacionarme con los demás.....	V	F
73. La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas.....	V	F
74. Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño....	V	F
75. Disfruto haciendo cosas arriesgadas.....	V	F
76. He mentido bastante en este cuestionario.....	V	F
77. Me quejo mucho de mi mala suerte.....	V	F
78. Me cuesta controlar la ira o el mal genio.....	V	F
79. Algunas personas me tienen envidia.....	V	F
80. Soy fácilmente influenciable por los demás.....	V	F
81. Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.....	V	F
82. Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente	V	F
83. Padezco de baja autoestima.....	V	F
84. Soy pesimista.....	V	F
85. No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende.....	V	F
86. Me pone nervioso estar rodeado de gente.....	V	F
87. Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas.....	V	F
88. Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.....	V	F
89. La gente se queja de que soy "terco como una mula".....	V	F
90. Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas.....	V	F
91. Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después.....	V	F
92. Los demás me consideran arrogante.....	V	F
93. Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales.....	V	F

94. No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero..... V F
95. Guardo las distancias con los demás..... V F
96. A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel..... V F
97. A menudo me siento culpable..... V F
98. He hecho cosas impulsivamente (como las indicadas a continuación) que pueden ocasionarme dificultades.
(Marque con una cruz las que hagan referencia a usted):
- a. Gastar más dinero del que tengo..... —
 - b. Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco..... —
 - c. Beber en exceso..... —
 - d. Consumir drogas..... —
 - e. Comer a base de atracones..... —
 - f. Conducir de forma temeraria..... —
99. Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a continuación:
(Marque con una cruz las que hacen referencia a usted)
- a. Fui considerado un matón..... —
 - b. Solía iniciar peleas con otros chicos..... —
 - c. Usé armas en las peleas que tenía..... —
 - d. Robé o asalte a otras personas..... —
 - e. Utilicé la crueldad física contra otras personas..... —
 - f. Utilicé la crueldad física contra animales..... —
 - g. Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo..... —
 - h. Mentía mucho..... —
 - i. Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres..... —
 - j. Robé..... —
 - k. Provoqué incendios..... —
 - l. Rompí ventanas o destruí propiedades..... —
 - m. Me fugué de casa durante la noche..... —
 - n. Hice "novillos" en la escuela, antes de los 13 años..... —
 - o. Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos..... —

ESCALA DE VISICK

Grado	Característica
I	Asintomático
II	Síntomas ocasionales de poca magnitud
III	Síntomas frecuentes que no alteran la vida
IV	Síntomas frecuentes que alteran la vida
V	Síntomas incapacitantes