

11241
29

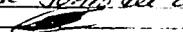
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO COMO PSIQUIATRA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE: David Eduardo Saucedo Martínez

FECHA: 23 de Junio del 2003

FIRMA: 

"IDENTIFICACIÓN DEL TEMPERAMENTO Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE"

ALUMNO:

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez

TUTORAS:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

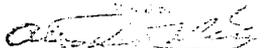
Dra. Martha Ontiveros Uribe



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PROMOCIÓN 2001-2002
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM


DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

- Dra. María del Carmen Lara Muñoz
- Dra. Martha Ontiveros Uribe
- Dra. Danelia Mendieta Cabrera
- Dr. Arturo Morlet Barjau
- Dr. Max Schmulson Wasserman
- Dr. José María Bandera Quijano
- Residentes del servicio de gastroenterología del Instituto Nacional en Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ).

ÍNDICE

1.- Introducción	p.4
2.- Antecedentes: definiciones y criterios diagnósticos	p.7
3.- Epidemiología	p.12
4.- Factores de riesgo	p.15
5.-Etiología, mecanismos fisiopatológicos y curso clínico	p.16
6.-Comorbilidad médica y psiquiátrica	p.20
7.-Aspectos psicosociales	p.26
8.-Actitudes y creencias de los pacientes hacia su padecimiento	p.29
9.- Perfil psicológico	p.31
10.- Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI)	p.33
11.-Temperamento, Carácter y Trastornos de la personalidad	p.36
12.-Pregunta de investigación y Justificación del estudio	p.38
13. Objetivos (generales y específicos), hipótesis, material y métodos	p.39
14.- Criterios (inclusión,exclusión) y diseños del estudio	p.40
15. Instrumentos de medición	p.41
16.- Análisis estadístico	p.51
17.- Resultados	p.52
18.- Conclusiones	p.56
19.- Referencias	p.58

• INTRODUCCIÓN

En relación a los padecimientos gastrointestinales las asociaciones entre mente e intestino fueron propuestas por Sir William Beaumont, Walter Cannon, Ivan Pavlov, Stewart Wolf y Tom Almy por mencionar algunos. Al iniciar el siglo XIX, el Dr. Benjamin Rush trató de desarrollar un currículum médico que pudiera incluir información psicológica y biológica para integrar un diagnóstico y tratamiento. Debido a los descubrimientos de Pasteur y Koch sobre etiología de las enfermedades y microorganismos la visión biológica reduccionista y dualista permanecieron hasta finales del siglo XX. El síndrome de colon irritable (SCI) ha confundido a los clínicos desde hace más de un siglo. Osler (1892) describió por primera vez la "colitis mucosa". Afirmó que el epitelio intestinal era normal en la mayoría de los pacientes histéricos, hipocondríacos, deprimidos y con cólicos abdominales. Algunos presentaban constipación mientras que otros tenían diarrea nerviosa. El abdomen rara vez se distendía y describía generalmente la presencia de un dolor localizado en el cuadrante superior izquierdo. Hurst en 1935 coincidía con el punto de vista de Osler sobre la colitis mucosa, pero el mencionaba que este padecimiento era común hasta antes de 1914 y poco frecuente después de este mismo año. Mas adelante, el término "colitis mucosa" se cambió por el de "espasmos colónicos" (Hurst 1928) y al año siguiente por "colon irritable". Este último término apareció por primera vez en una publicación de investigación (Jordan y Keifer, 1929) para describir alteraciones musculoneurales. Bockus y cols (1928) pensaron que los pacientes con SCI manifestaban una expresión visceral de un trastorno de la personalidad.

Los primeros autores en este campo compartían al menos 3 puntos:

- a) Los síntomas surgían en el colon.
- b) El trastorno era considerado como funcional.
- c) Las anomalías eran consideradas de origen en el sistema nervioso central.

Cuando se referían a estos padecimientos como "neurosis" se hacía alusión a los trastornos del sistema nervioso autónomo que se subdividían a su vez en: motores, sensoriales, secretorios y complejos. Para la década de los 40's, un mayor conocimiento empezó a reemplazar algunos términos. Se recomendaron 3 pasos esenciales para realizar el diagnóstico: identificación de los síntomas de disfunción colónica, exclusión de enfermedades orgánicas del colon y exclusión de enfermedades extracolónicas capaces de producir síntomas colónicos. Se describe el dolor y dolor tipo cólico en el abdomen bajo como una de las quejas principales. Además de la sospechado trastorno autonómico, también se consideraron a las endocrinopatías y alergias como posibilidades etiológicas (Christensen 1992; Morlet 2003).

El modelo biomédico incluye dos características: a) reduccionista: esto es, que todas las condiciones pueden ser reducidas de manera lineal a una sola etiología. B) dualista: donde una enfermedad o un trastorno son dicotomizados ya sea a una causa "orgánica" identificándose una etiología objetiva o en un "trastorno funcional" donde no se puede identificar una etiología o fisiopatología específica. Una condición clínica puede fluctuar de la enfermedad sin padecerla (p.ej. úlcera asintomática o hipertensión) hasta el

padecimiento sin tener la enfermedad (p.ej dolor abdominal crónico o fatiga). Esta discrepancia, desde la perspectiva biomédica nos llevan a las siguientes observaciones: a) la ausencia de enfermedad y la ausencia del padecimiento no son sinónimos de salud; b) la enfermedad acompañada del padecimiento "justifica" el sufrimiento y c) la enfermedad sin el padecimiento pueden ser consideradas como "mecanismos de afrontamiento". Pero, d) ¿que pasa cuando hay un padecimiento sin una enfermedad? Desde la perspectiva biomédica esta condición ilegítima no existe y puede ser catalogada como "psicosomático", un término peyorativo que cuestiona la credibilidad de los síntomas, aún siendo muy reales para el paciente.

La relación entre el estrés y los problemas gastrointestinales se ha reconocido desde hace siglos. Los padecimientos intestinales funcionales son uno de los modelos de estudio de las enfermedades psicósomáticas. El término "biopsicosocial" no significa que los aspectos psicológicos son importantes o que los factores psicológicos sean la etiología de la enfermedad (psicogénico o psicósomático) o que los síntomas psicológicos sean el resultado de un trastorno médico (somatopsíquico) o menos aún que el estrés tenga efectos fisiológicos (psicofisiológicos). Sin embargo, todas estas posibilidades pueden ser consideradas como situaciones consideradas en dicho modelo. George Engel (1977; 1980) publicó una serie de artículos donde se acuñó el término "modelo biopsicosocial". En dichas publicaciones se aprecian exposiciones modernas de la teoría holística sugiriendo que la enfermedad es el producto de subsistemas biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí en múltiples niveles lejos de considerar una sola de estas como factor etiológico. Engel propuso que es la *interacción* de estos subsistemas los que determinan la enfermedad. Se ha sugerido un cambio en el paradigma para una mejor comprensión del modelo biopsicosocial, en donde la múltiples causas (factores psicológicos y biológicos) interactúan para determinar la aparición de la enfermedad. A pesar de la grande influencia dualista de Rene Descartes (1637) sobre el pensamiento médico por mas de 300 años, la teoría del "holón" propuesta originalmente por los antiguos griegos hace mas de 3000 años, esta ha sido defendida a lo largo del tiempo por algunos médicos y científicos.

¿Cómo podríamos representar el modelo biopsicosocial en los trastornos gastrointestinales? En la figura 1 se muestra la experiencia sintomática y el resultado clínico como el producto consecuente de ciertos subsistemas que interaccionan. La investigación biopsicosocial en gastroenterología considera el grado de interacción de los diferentes factores para poder explicar una condición o enfermedad dada. La condición médica o ya sea funcional o estructural será influenciada por el medio psicosocial propio de cada individuo llevando a efectos únicos relacionados a la sintomatología y curso clínico de la enfermedad. Con los trastornos gastrointestinales esto podría ser mediado por los ejes sistema nervioso central (SNC)-sistema nervioso entérico (SNE). Por consecuencia, ahora se asume que el Síndrome de Colon Irritable (SCI) no es *causado* por dismotilidad intestinal, si no mas bien puede ser: a) el reflejo de una mala regulación entre el SNC-SNE; b) Podría ser el resultado de un aumento en la sensibilidad visceral que a su vez podría amplificar la percepción del contenido gastrointestinal al SNC; c) proceso corticales pueden regular la percepción sobre los síntomas ya sea intrínsecamente o a través de influencias descendentes por la medula espinal; finalmente, d) los factores psicosociales no definen al trastorno, pero definitivamente si determinan la experiencia de enfermedad y de conducta. En relación a los padecimientos llamados "orgánicos" los factores biológicos juegan un papel mas importante en la etiología. Por ejemplo, la identificación del *H. Pylori* ha

revolucionado el entendimiento de la biología de la úlcera péptica y ha refutado algunas teorías antiguas sobre la psicogénesis de este padecimiento. Sin embargo, su presencia no puede explicar porque algunos individuos son mas o menos susceptibles a desarrollar úlceras. De hecho es posible que los factores psicosociales puedan tener un rol negativo para el desarrollo de úlceras aún siendo portador de tal microorganismo (Drossman 1996).

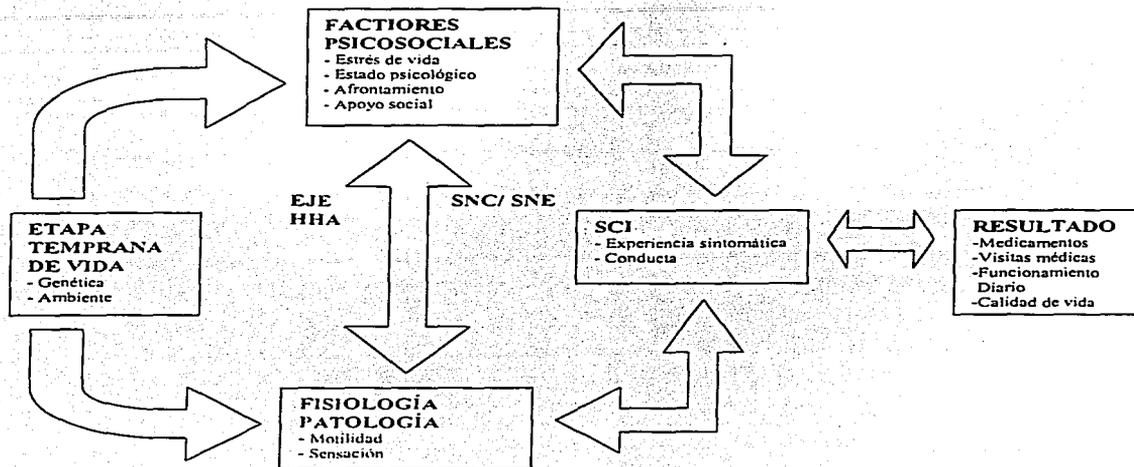


Fig.1 Modelo biopsicosocial del síndrome de colon irritable (SCI). Los eventos tempranos de vida (p.ej predisposición genética y factores ambientales) influyen en los factores psicosociales tardíos, funcionamiento fisiológico, la interacción a través del eje del sistema nervioso central (SNC)/ sistema nervioso entérico (SNE) así como la susceptibilidad para desarrollar el SCI entre etapa temprana de la vida. Factores psicosociales, fisiología y patología, experiencia sintomática, conducta y resultado. Los efectos combinados e integrados de la fisiología y el estado psicosocial afectará la percepción del síntoma del paciente, el grado de la conducta sintomática y por último el resultado (tomar medicamentos, visitas al médico, estado de funcionamiento diario y calidad de vida). Por lo tanto, el curso clínico afectará la severidad del trastorno.

• ANTECEDENTES

Definiciones y criterios diagnósticos

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) se definen como la combinación variada de síntomas gastrointestinales que no pueden ser explicados de manera estructural o a través de anomalías bioquímicas, incluye una cantidad importante de las condiciones vistas en la práctica de un gastroenterólogo y conlleva morbilidad considerable y gastos médicos. (Burke y cols. 1999). Los TFD son síndromes comunes que se asocian con malestar subjetivo, anomalías en el funcionamiento intestinal sin la evidencia de anomalías estructurales. Frecuentemente presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica. Los factores psicológicos pueden contribuir a un nivel significativo del malestar gastrointestinal subjetivo así como al curso y resultado final del padecimiento. El espectro de los TFD es amplio (véase cuadro 1). Estos son agrupados de acuerdo a la localización anatómica del tracto gastrointestinal.

Se considera al síndrome de colon irritable (SCI) como un TFD que se asocia con la defecación y cambios en el patrón intestinal. El SCI es el TFD prototípico que se caracteriza por dolor abdominal, diarrea o constipación. El Congreso Internacional de Gastroenterología ha desarrollado una serie de criterios diagnóstico estandarizados para el SCI:

- 1.- Mejoría del dolor abdominal con la defecación o asociación con cambios en la frecuencia o consistencia de las heces fecales.
- 2.- Cambios en las evacuaciones que involucran 2 o más de las siguientes:
 - cambios en la frecuencia de las evacuaciones.
 - Cambios en la consistencia de las evacuaciones
 - Cambios en el tránsito de las heces (constipación o urgencia, sensación de evacuaciones incompletas).
 - Presencia de moco.

El SCI puede clasificarse frecuentemente como: predominio de diarrea, predominio de la constipación y subtipos mixtos. El tratamiento farmacológico generalmente se da de acuerdo a los síntomas predominantes (Sadock B.I y cols. 2000).

El SCI se caracteriza por dolor abdominal continuo con una duración de al menos 3 meses o de malestar que desaparece con la defecación, y/o está asociado con un cambio en el patrón de frecuencia o consistencia de las evacuaciones. (Thompson 1994). En relación al SCI, la definición clásica del dolor abdominal recurrente (DAR) no incluye a los síntomas gastrointestinales, si no sólo al dolor abdominal recurrente. El DAR se caracteriza por la recurrencia de un mínimo de 3 episodios de dolor abdominal que sean lo suficientemente importantes como para incapacitar la actividad del niño y generalmente ocurre en un periodo de 3 meses. (Burke y cols. 1999). Se considera al SCI como un trastorno de motilidad intestinal del tracto gastrointestinal y no se asocia con anomalías radiográficas, endoscópicas y bioquímicas. Como síndrome se asocia a una constelación de síntomas que incluye: dolor abdominal, patrones intestinales alterados, distensión, alivio

del dolor con la defecación y flatulencia, sensación de evacuaciones incompletas y presencia de moco (Wingate 1991).

El SCI es un complejo de síntomas que consisten en un patrón alterado de hábitos intestinales, malestar abdominal y la ausencia de enfermedad orgánica evidente. La expectativa de encontrar un claro correlato psicológico o fisiológico para el SCI fue infructuoso ya que no se pudieron definir clara y uniformemente los criterios para identificar a este síndrome. Aquellos que habían intentado definirla señalaban que si bien no podía definirse con precisión, sí podía ser identificada ante los observadores con experiencia. El único criterio universalmente aceptado era el de la exclusión de enfermedad orgánica (Christensen 1992).

Cuadro 1. Trastornos gastrointestinales funcionales

Trastornos esofágicos funcionales

- Globus
- Rumiación
- Dolor precordial no cardíaco
- Acidez estomacal funcional
- Disfagia funcional
- Trastorno funcional esofágico no especificado

Trastorno funcional gastroduodenal

- Dispepsia funcional
- Aerofagia

Trastorno funcional del intestino

- Síndrome del colon irritable
- Burbulencia
- Constipación funcional
- Diarrea funcional
- Trastorno funcional del intestino no especificado

Dolor abdominal funcional

- Dolor abdominal funcional
- Dolor biliar funcional

Trastorno anorrectal anorrectal

- Incontinencia funcional
- Dolor anorrectal funcional
- Obstrucción de la defecación
- Disquecia

Manning y cols (1978) valoraron a pacientes que eran referidos a para investigación por dolor abdominal, constipación o diarrea. Se consideraron 15 síntomas como los mas relacionados al SCI. Estos incluían dolor a la defecación, sensaciones no dolorosas relacionadas a la defecación, tiempo tomado durante la evacuación, distensión abdominal y descarga de moco. El análisis final resultó en 4 síntomas que se relacionaron de manera significativa al diagnóstico del SCI. Estos síntomas, llamados ahora criterios de Manning son: pérdida de la consistencia de las evacuaciones al inicio del dolor, aumento de la frecuencia al inicio del dolor, desaparición del dolor posterior a la evacuación y distensión abdominal visible. Thompson y cols (1989) señalan que para considerar este padecimiento se debe de integrar la siguiente tríada: patrón intestinal alterado, dolor abdominal relacionado con la defecación y distensión abdominal. A través de un cuestionario con 15 síntomas aplicado a 109 paciente, en quienes se sospechaba SCI, referidos a la clínica de gastroenterología y cirugía por dolor abdominal, cambios en el patrón de evacuaciones o ambos se pudo establecer dicho diagnóstico en 32 pacientes de 17 a 26 meses posterior a la valoración. Los criterios diagnósticos utilizados en la mayor parte de los criterios de investigación son los de Roma (véase el cuadro 2). Tres de los criterios de Manning se relacionan al dolor abdominal, mientras que los criterios de Roma no hacen una diferenciación entre el dolor y el malestar no doloroso. Por lo tanto, se sugiere que el diagnóstico del SCI se haga ante la presencia de los síntomas señalados por Manning y cols (1978) y los criterios de Roma (Thompson y cols.1992) en ausencia de enfermedad orgánica. El diagnóstico se hace en base a los hallazgos clínicos y excluyendo otros trastornos estructurales. Si se aceptara la premisa de que el SCI es un trastorno específico identificado a través de los criterios clínicos, las evaluaciones diagnósticas podrían diseñarse para intentar excluir otras condiciones que podrían imitar al SCI. La realización de otros estudios paraclínicos tales como las pruebas de funcionamiento tiroideo, estudios coproparasitoscópicos, tasa de sedimentación y pruebas de aliento para lactosa hidrogenada no han demostrado ser superiores a los criterios diagnósticos de Roma. Por consecuencia, no se recomiendan realizarlos de "rutina". Sin embargo, las pruebas de aliento para la lactosa hidrogenada si se recomienda en pacientes con o sin intolerancia a la leche que presenten datos de SCI (Hamm y cols. 1999; Tolliver y cols.1994).

El dolor abdominal es utilizado frecuentemente como un parámetro para valorar la severidad de la actividad del SCI. Una mejoría en el dolor abdominal representa una mejoría de los pacientes en los ensayos clínicos. Sin embargo, otros síntomas no dolorosos del SCI son pocas veces considerados y medidos a pesar de su prevalencia e importancia. Por ejemplo, Lembo y cols (1999) describieron que tipo de síntomas son los mas frecuentemente reportados en pacientes con el SCI Además, investigaron si los pacientes que reportan dolor como su principal síntoma difieren clínica, psicológica o fisiológicamente. Para lo anterior, ellos valoraron a un total de 443 pacientes de primera vez en una clínica de trastornos funcionales digestivos que acudían referidos. De esta cantidad, 155 (35%) reunió también criterios para dispepsia funcional. 58 de ellos fue sometido a una evaluación de respuestas preceptuales para la distensión rectal antes y después de estímulos condicionantes nocivos a nivel del sigmoides. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a los diagnósticos de la siguientes manera: 146(33%) SCI-con predominio de diarrea; 63 (18%) SCI- con predominio de la constipación y 167 (49%) presentó SCI alternante (diarrea y constipación). Para la medición de las variables psicológicas se empleó el SCL-90. Los pacientes fueron agrupados en 4 diferentes grupos:

1) dolor abdominal; 2) malestar tipo distensión; 3) evacuación rectal incompleta y 4) extra-abdominal (dolor o presión precordial y náusea). La prevalencia se distribuyó de la siguiente manera: malestar tipo distensión (48%), dolor abdominal (29%), evacuaciones incompletas (16%) y síntomas extra-abdominales (7%). Los pacientes que reportaron el dolor como su principal queja habían sido sometidos a más cirugías abdominales (p.ej. laparotomías exploratorias, colecistectomía, apendicectomía e histerectomía) por persona (0.58 ± 0.06) que los pacientes que reportaron síntomas de distensión (0.37 ± 0.04), evacuaciones incompletas (0.44 ± 0.02) o dolor extra-abdominal (0.35 ± 0.03) de manera significativa ($p < 0.05$). El número de médicos previamente visitados antes de haber sido incluidos en el estudio fue similar entre los 2 grupos ($p < 0.06$). Los resultados del SCL-90 fueron reportados como resultados-T > 63 (en una escala de 0-100) indican presencia de síntomas psicológicos. Los puntajes de esta escala fueron similares en cada uno de los 4 grupos. Incluso, los puntajes fueron similares entre los pacientes que reportaron dolor abdominal como su queja principal y en todos los demás pacientes. Cuando se analizó el efecto del género en el grupo de paciente con predominio del dolor no se encontraron tampoco diferencias significativas en el puntaje. De los pacientes que reportaron el dolor como su queja principal, 24% reportó que este había sido intermitente y típicamente exacerbado por la comida o el estrés, 20% de los pacientes presentó dolor constante exacerbado por la comida o el estrés, 41% de los pacientes presentó dolor constante sin haber sido exacerbado por la comida o el estrés y el 30% de los pacientes presentó dolor que ocurrió de manera temporal en periodos > 1 mes sin dolor. De este estudio se concluye que los pacientes con SCI valorados: 1) presentan síntomas tipo distensión y no síntomas dolorosos como los síntomas viscerosensoriales de mayor molestia; 2) los pacientes que refieren el dolor como el síntoma de mayor queja no difieren en parámetros clínicos o psicológicos de los pacientes que reportan predominio de otro tipo de síntoma viscerosensorial, aunque tienden a tener mayor cantidad de cirugías intra-abdominales; 3) Los pacientes que reportan dolor abdominal como su queja más importante desarrollan hipersensibilidad rectal posterior a estímulos nocivos (distensión de globo) a nivel del sigmoides, mientras que esto no ocurre con los pacientes que no reportan el dolor como su queja principal. Finalmente, se menciona que aunque los pacientes con diferentes síntomas clínicos no se diferencian en la mayoría de los parámetros clínicos y psicológicos utilizados en este estudio, si se caracterizan por una diferencia en las respuestas preceptuales a la distensión colónica repetitiva.

Cuadro 2. Criterios de Roma para el diagnóstico del Síndrome de Colon Irritable

Cuando menos 3 meses de los siguientes síntomas continuos o recurrentes:

- a) Dolor abdominal o malestar que se alivia con la defecación, o asociado con cambios en la frecuencia o consistencia de las heces
- b) Presencia de dos o más de los siguientes criterios, cuando menos en una cuarta parte de las ocasiones o de los días:
 - Modificación en la frecuencia de las evacuaciones (para fines de investigación, la alteración se define por más de tres movimientos intestinales al día o menos de tres cada semana).
 - Cambio en la forma de las evacuaciones (escibalos, heces sólidas o blandas, diarreas).
 - Alteración en el paso de las evacuaciones (estreñimiento, urgencia, o sensación de evacuación incompleta).
 - Evacuación de moco.
 - Flatulencia o sensación de distensión abdominal.

Epidemiología

Sandler y cols (1990) reportó los resultados de 6 grandes estudios sistemáticos realizados en los E.U.A. Los resultados de la segunda Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (realizada de 1976 a 1980), indicó que 4.7 millones de personas (2.9% de la población) contaban con auto-diagnósticos del SCI. Las tasas para las mujeres fue de 3.2 veces mas que en los hombres y las tasas para los raza blanca fue 5.3 veces mas frecuente que en la raza negra. Las mayores tasas se encontraron en el grupo de edad de 45-64 años. Mas de 2.6 millones (1.6% de la población) fue sintomática al momento de realizar la encuesta. Los datos de la Encuesta Nacional para el Cuidado Médico Ambulatorio (1985) y el Índice Nacional de Enfermedades y su Terapéutica (1987) resultaron en 2.4 a 3.5 millones de visitas al médico anuales de pacientes con el SCI y mas de 2.2 millones de medicamentos prescritos para ello. Las tasas de hospitalización para las mujeres ha decaído de 71.9 (por cada 100,000 en la población) en 1982 a 21.1 en 1987 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Altas Hospitalarias. De igual forma, se encontraron resultados similares con los datos reportados por la Comisión de las Actividades Profesionales y Hospitalarias. Estos datos apoyan la impresión de que el SCI es una condición prevalente en los E.U.A.

Es un trastorno frecuente que ocupa aproximadamente del 25%-30% de la consultas de los servicios de gastroenterología. El SCI es uno de los diagnósticos que mas frecuentemente se hace en un nivel primario de atención médica y es responsable hasta de un 40% de las referencias al gastroenterólogo. Se estima que aproximadamente el 70% de las personas que reúnen criterios diagnósticos para el SCI no buscan atención médica y el resto conforma el 12% de las visitas a los médicos generales (Zaman y cols 2002). El SCI ha sido descrito como el TFD mas común visto por gastroenterólogos. De manera similar al estudio anterior se ha descrito (Drossman y cols. 1988) que aunque el SCI afecta hasta el 17% de la población, muchos de ellos no acuden a consultar por dicha condición o responden favorablemente a tratamientos sintomáticos. Tolliver y cols (1994) señalan que es una condición común que ocupa el 20%-50% de los pacientes referidos por la consulta externa. Otros autores (Lynn y cols. 1993), señalan que el SCI ocurre en aproximadamente el 10% al 22% de los adultos predominando ligeramente en el sexo femenino. A pesar de que este grupo de pacientes constituyen el grupo mas grande de la consulta externa de los servicios de gastroenterología, parece ser que solo del 14% al 50% de los adultos con síntomas del SCI buscan ayuda médica, pero aquellos que sí o hacen tienen una alta prevalencia para padecimientos de tipo psiquiátrico, siendo mas frecuente los trastornos del humor y los ansiosos. Los estudios que han utilizado entrevistas confiables han identificado diagnósticos psiquiátricos en del 42% al 59% en pacientes con SCI, siendo mas frecuente los trastornos por ansiedad (Ford y cols 1987; Toner y cols. 1990). El SCI pocas veces es un precursor de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, los síndromes psiquiátricos generalmente anteceden al SCI. (Massand y cols. 1997).

En un estudio (Drossman y cols. 1993) se reportó la prevalencia y correlatos de los TFD en una comunidad de los E.U.A. (véase cuadro 3). El 69% de esta muestra reportó cuando menos uno de 20 síntomas gastrointestinales funcionales en los últimos tres meses previos al estudio. La severidad de los síntomas y la comorbilidad psiquiátrica aumentan la probabilidad de buscar atención medica. Se encontró que la acidez estomacal funcional fue el TFD mas frecuente experimentándolo una tercera parte de la población comunitaria. La distensión abdominal funcional y la aerofagia fueron reportados por el 31% y 23% de la

muestra ,respectivamente. Otro 10% o mas de la población prefirió otros TFD del esófago, estómago, intestino y áreas anorectales.

Cuadro 3. Prevalencia de los Trastornos Funcionales Digestivos (TFD) en una comunidad

Trastorno	Prevalencia (%)
Acidez Estomacal	32.6
Distensión abdominal funcional	30.8
Aerofagia	13.8
Disquecia	13.6
Dolor precordial funcional	12.5
Globus	11.6
Dolor anorectal funcional	11.6
Síndrome Colon Irritable	11.6
Síndrome de Rumiación	10.9
Incontinencia funcional	7.8
Disfagia funcional	7.5
Constipación funcional	3.6
Dispepsia funcional	2.9
Dolor abdominal crónico	2.2.
Diarrea funcional	1.8
Disquinesia del esfinter de Oddi	1.5

El SCI es uno de los padecimientos gastrointestinales mas frecuentes en la consulta pero también uno de los menos comprendidos. Algunos reportes consideran que esta entidad existe hasta en el 24% de la población adulta (Drossman y cols 1982) y que es frecuente en la población de la consulta externa (Manning y cols. 1980; Mitchell y cols. 1987). Es la causa mas frecuente de referencia al gastroenterólogo en los Estados Unidos de Norte América. (Harris y cols. 1997). Se estima que en ese mismo país hay 4.2 millones de visitas al médico por síntomas de dicho padecimiento. Por género se ha estimado que las mujeres reportan del 14%-24% y del 5%-19% en los hombres en los E.U.A..Europa, China y Japón. Aproximadamente hasta el 12% de las consultas en un primer nivel de atención médica podrían ser debidas al SCI y hasta un 20%-50% de las referencias al gastroenterólogo. Tan solo en los E.U.A. se estima que debido al SCI hay 4.2 millones de visitas al médico por año (Hamm y cols.1999).

Cerca de del 50% de los pacientes que acuden a consulta externa a servicio de gastroenterología para valoración lo conforman pacientes con el diagnóstico de SCI. Los trastornos psiquiátricos comórbidos al SCI parecen incrementar la probabilidad de conductas de "búsqueda de atención médica" Algunos pacientes pueden presentar trastornos fisiológicos incluyendo actividad intestinal mioeléctrica anormal, anomalías hormonales del tracto gastrointestinal o respuestas alérgicas anormales a algunos alimentos.

La mayoría de los clínicos coinciden en que tanto los factores fisiológicos o psicológicos contribuyen al cuadro clínico del SCI en la mayoría de los pacientes (Sadock y cols 2000).

La literatura indica que menos de la mitad de los sujetos con SCI buscan tratamiento para ello. De aquellos que lo hacen, el 50% al 90% presentan algún trastorno psiquiátrico (trastorno por pánico, trastorno por ansiedad generalizada, fobia social, trastorno por estrés post-traumático y trastorno depresivo mayor), mientras que aquellos que no buscan parecen estar mejor desde el punto de vista psicológico. Tanto las variables fisiológicas como las psicológicas parecen tener un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del SCI. Información reciente sugiere que la asociación entre el SCI y los trastornos psiquiátricos tienen una mayor relevancia en el presente. (Bruce y cols 2001). Por otro lado, Whitehead y cols (2002) señalan que la comorbilidad en el SCI conforma hasta tres cuartas partes del exceso de visitas médicas. Esto ha llevado a considerar al SCI como un trastorno distinto por el cual se consulta.

Los trastornos psiquiátricos complican el diagnóstico y el manejo de muchos pacientes con el SCI. Debido a que muchos estudios de comorbilidad psiquiátrica se han enfocado en pacientes en medios clínicos y hospitalizados, por lo tanto un efecto potencial podría explicar el sesgo de esta asociación. Sin embargo, en el estudio epidemiológico nacional de E.U.A. (Epidemiologic Catchment Area) realizado en 1994 por Lydiard y cols donde se valoraron a 18.000 adultos de manera directa a través de entrevistas psiquiátricas con el fin de comparar 6 síntomas gastrointestinales del trastorno por somatización (dolor abdominal, diarrea, flatulencia y distensión, constipación, náusea y vómitos). Se compararon a los sujetos con múltiples síntomas gastrointestinales contra sujetos sin síntomas gastrointestinales. Un síntoma gastrointestinal incrementó la tasa de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) (7.9% vs 2.9%), trastorno de pánico (2.5% vs 0.7%) y agorafobia (10.0% vs 3.6%). Los sujetos con 2 síntomas gastrointestinales presentaron mayores tasas de TDM (13.4%), trastorno de pánico (5.2%) y agorafobia (17.8%). Cabe mencionar que estas tasas son menores que las que se reportan en los centros especializados de tercer nivel para el manejo de los TFD. Sin embargo, el aumento de las tasas en comparación con los controles en esta muestra comunitaria sugiere una relación real entre los trastornos psiquiátricos y los TFD y no puede ser explicado solo por un sesgo en el muestreo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores de riesgo

Las mujeres son más propensas a reportar globos, disfagia funcional, SCI, constipación funcional, dolor abdominal funcional, dolor biliar funcional y disquecia. Los hombres reportan con mayor frecuencia aerofagia y distensión funcional. Los síndromes gastrointestinales funcionales aumentan la probabilidad de ausentismo en el trabajo o escuela. La discapacidad ocupacional parece ser estar específicamente asociada con el dolor abdominal crónico, dolor biliar funcional, dispepsia funcional y SCI. Los trastornos psiquiátricos y las conductas asociadas con ellos pueden aumentar el riesgo de la enfermedad gastrointestinal. Por ejemplo, el abuso o dependencia del alcohol (Sadock y cols. 2000).

Se ha intentado describir (Houghton y cols 2000) un papel protector de la testosterona para el SCI en hombres. Para esto se estudiaron a 50 pacientes con el SCI (19-71 años; media: 42.6 años) y a 25 personas control sanas (22-67 años) que no tuvieran el diagnóstico de SCI. Solo se incluyeron a pacientes que reunieran los criterios diagnósticos de Roma. A cada sujeto se le midió los niveles de testosterona sérica, globulina captadora de hormona sexual, hormona foliculo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) les realizaron pruebas de sensibilidad rectal a través de distensión globo. Se encontró que la única diferencia en los niveles hormonales entre los pacientes con el grupo control que tuvo significancia estadística fueron los valores bajos de LH en los pacientes con el SCI ($p = 0.014$). Aunque los pacientes presentaron mayor ansiedad y depresión que el grupo control ($p < 0.001$), esto no pudo explicar los niveles reducidos de la LH aún después de haberse ajustado estadísticamente. Con los resultados de este estudio se apoya parcialmente el concepto de que las hormonas sexuales pueden tener un papel en la poca prevalencia de los hombres con el SCI. Estos niveles bajos de LH en los hombres con el SCI podría sugerir una disfunción del eje Hipotálamo-Hipófisis (HHA) que podría explicar de alguna forma los conceptos actuales de fisiopatología del estrés y el SCI. Debe de tomarse en cuenta también la edad de los pacientes en este estudio. Además, se han reportado otros factores que pueden alterar los niveles séricos de la testosterona: dieta, obesidad, consumo de alcohol, hora del día, época del año, estrés, trastornos físicos o psicológicos.

Etiología, mecanismos Fisiopatológicos y curso clínico

Ahora son contempladas diversas causas en la etiología del padecimiento. (véase cuadro 4). La formulación de estos criterios sintomáticos ha llevado a mayores esfuerzos para identificar correlatos psicológicos o fisiológicos para el SCI

Cuadro 4 Posibles causas del Síndrome de Colon Irritable

Disfunción motora autonómica Disfunción motora colónica Trastorno depresivo Enfermedad endocrina Alergia alimenticia Trastorno neurológico generalizado Disfunción motora del intestino delgado Estrés psicológico Trastorno sensorial visceral.
--

Los primeros autores en este campo compartían como características los siguientes 3 puntos:

- a) Los síntomas surgían en el colon.
- b) Que el trastorno era funcional.
- c) Que las anomalías eran consideradas con un origen en el sistema nervioso central.

Quando se referían a estos padecimientos como "neurosis" se hacía alusión a los trastornos del sistema nervioso autónomo que se subdividían a su vez en: motores, sensoriales, secretorios y complejos. Para la década de los 40's, un mayor conocimiento empezó a reemplazar algunos términos. Se recomendaron 3 pasos esenciales para realizar el diagnóstico: identificación de los síntomas de disfunción colónica, exclusión de enfermedades orgánicas del colon y exclusión de enfermedades extracolónicas capaces de producir síntomas colónicos. Se describe el dolor y dolor tipo cólico en el abdomen bajo como una de las quejas principales. Además de la sospechado trastorno autonómico, también se consideraron a las endocrinopatías y alergias como posibilidades etiológicas (Christensen 1992; Morlet 2003).

Se piensa que los mecanismos fisiopatológicos por los cuales se manifiestan los síntomas del SCI son los siguientes:

- 1.- Hipersensibilidad visceral.
- 2.- Desregulación del sistema nervioso autónomo (SNA).
- 3.- Hiperreactividad del músculo liso, caracterizada por una motilidad aumentada en respuesta de una serie de eventos desencadenantes.
- 4.- Anormalidades en los niveles de los neurotransmisores tales como la serotonina o los receptores para estos neurotransmisores.
- 5.- Activación sostenida del sistema inmunológico posterior a una infección, estrés u otros factores psicológicos.
- 6.- Antecedente de algún evento sexual traumático.

Los pacientes que presentan tanto el SCI así como fibromialgia parecen presentar tanto hipersensibilidad visceral como somática. Aunque se ha descrito una actividad anormal del SNA en 3 condiciones comórbidas del SCI (fibromialgia, SFC y trastornos de la articulación temporomandibular), éstas no sugieren un mecanismo fisiológico relacionado con el SCI. Un tipo específico de disfunción en el SNA, la hiperreactividad del músculo liso, se ha visto en algunos pacientes con SCI y esta podría contribuir en inestabilidad del músculo detrusor y broncoespasmo. Aunque la disfunción del músculo liso no parece explicar por sí misma la comorbilidad del SCI con trastornos musculoesqueléticos. En relación a una disfunción del sistema inmunológico, se ha reportado que el SCI post-infeccioso aparece solo posterior a una reacción inflamatoria gastrointestinal. Sin embargo, aún no queda claro como ésta hipótesis puede favorecer a una trasposición del SCI con el SFC o de cómo puede contribuir a la comorbilidad del SCI con otros trastornos somáticos (véase cuadro 3). La serotonina esta involucrada de manera periférica en la regulación de la motilidad y percepción del tracto gastrointestinal, mientras que en el SNC esta involucrada en el estado de ánimo. De hecho se ha documentado que el uso de antidepressivos que modifican los niveles de serotonina, a nivel central puede ser útil en pacientes con varios síndromes de dolor crónico, incluyendo al SCI (Jackson y cols. 2000). En un estudio (Drossman y cols 2000) se pudo describir que la mayoría de los padecimientos enlistados en el cuadro 3, se presentaron aproximadamente en una tercera parte hasta la mitad de los pacientes estudiados así como algún grado de depresión, ansiedad o simplemente reportaron que sus síntomas empeoraron por el estrés y/o trastornos psiquiátricos. Incluso se ha hecho la sugerencia de que los pacientes con 2 o mas de estos trastornos presentan mayor ansiedad o depresión que los pacientes que tienen un solo diagnóstico. Esto sugiere que el malestar psicológico podría ser un factor etiológico común a todos estos padecimientos. Sin embargo, los síntomas psicológicos asociados con el SCI son diversos, y los posibles mecanismos por los cuales los síntomas psicológicos se relacionan con las quejas somáticas aún son especulativas. Incluso, en estudios (Jones y cols. 2001; Zaman y cols. 2001) donde se han realizado modelos de regresión para poder

explicar la comorbilidad del SCI con otros trastornos somáticos, éstos no pueden explicar por completo toda la varianza. Se ha documentado el antecedente de abuso sexual y físico en pacientes con: SCI, trastornos de la articulación temporomandibular, SFC, fibromialgia, dolor pélvico crónico así como un aumento en el puntaje en las escalas de somatización (Whitehead y cols 2002).

Existen varias explicaciones por las cuales podría traslaparse el SCI con otros trastornos gastrointestinales funcionales:

- 1.- Esto podría ocurrir porque existen síntomas empleados para realizar el diagnóstico de estos trastornos. Por ejemplo, el dolor abdominal es común para el SCI, dispepsia funcional, dolor precordial no cardíaco y dolor ano-rectal funcional.
- 2.- La hiperalgesia visceral se puede observar a lo largo del tracto gastrointestinal en pacientes con SCI. Esto incluye el esófago, estómago, duodeno, íleo y colon. Esta vía parece explicar el mecanismo fisiopatológico que también contribuye al dolor precordial no cardíaco, dispepsia funcional y posiblemente al síndrome del elevador del ano.
- 3.- Las anomalías de la motilidad pangastrointestinal pueden también contribuir a esta trasposición de los trastornos gastrointestinales funcionales. Los pacientes con SCI, han sido registradas a nivel del estómago, intestino delgado proximal, íleo así como en el colon y el recto. Además, existen vías de reflejo largas que sirven para coordinar el tránsito de nutrientes y la eliminación de toxinas.

Tan importante ha sido este traslape de trastornos gastrointestinales funcionales que se ha propuesto el término de "intestino irritable" para englobar a todos estos padecimientos. Además, los medicamentos que son útiles para uno de estos trastornos es útil de igual forma para otro de ellos. A pesar de que estos trastornos se traslapan sigue existiendo la idea de que los síntomas reportados corresponden a entidades diagnósticas distintas (Whitehead 2002).

Además, el trastorno por somatización es solo uno de varios diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a la clasificación del DSM-IV-TR llamados "trastornos por somatización": esta lista incluye problemas como: trastorno por conversión, trastorno por dolor e hipocondría. Por lo tanto, las estadísticas reportadas de la asociación del trastorno por somatización con el SCI representan solo una proporción del espectro psiquiátrico de somatización (Whitehead y cols. 2002).

Hudson y Pope (1990) realizaron un estudio sistemático de revisión para identificar todos los trastornos que presentarían una respuesta consistente con el uso de 2 o más antidepresivos. Los tipos de antidepresivos utilizados fueron: tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, inhibidores de la recaptura de serotonina y agentes atípicos). Concluyeron que los trastornos que responden a los mismos tratamientos probablemente compartan los mismos elementos etiológicos. Esta revisión incluyó 8 trastornos: depresión mayor, bulimia, trastorno por pánico con hiperactividad, cataplexia, migraña y SCI. Sin embargo, no todos los pacientes con algún trastorno enlistado en el cuadro 3 presentan depresión y no todos ellos responden favorablemente a los antidepresivos. Además, los

antidepresivos, producen una regulación a la baja en las vías periféricas al dolor. Por lo tanto, esta acción periférica podría contribuir en algún grado al beneficio del paciente.

En el modelo multivariado propuesto por Naliboff y cols (1998), así como en el modelo biospiciosocial, este modelo enfatiza que existen muchas posibles interacciones entre los procesos fisiológicos y cognitivos/psicológicos que pueden derivar en el SCI. Algunos ejemplos de las influencias etiológicas que son comunes a muchos trastornos incluyen las siguientes:

1.- Hiperalgnesia que ocurre a lo largo del tracto gastrointestinal y que contribuye tanto al SCI como a la dispepsia funcional.

2.- El estrés, que produce un incremento en la actividad autonómica e incremento en la respuesta fisiológica.

3.- El rasgo psicológico de somatización, que actúa como un amplificador no específico que magnifica la severidad y la significancia de cualquier sensación somática presente.

La principal limitación de los modelos multivariados es que son amorfos. Implican que no son factores necesariamente etiológicos o suficientes para poder explicar el SCI o cualquier otro trastorno, y por lo tanto es difícil identificar hipótesis mecánicas comprobables así como un blanco específico para un tratamiento.

Se ha documentado la asociación de trastornos psiquiátricos con el SCI, algunos (Young y cols. 1976) han encontrado que estos preceden a la aparición del cuadro clínico del SCI y se ha hecho la sugerencia de buscar sobre todo problemas de depresión e histeria (de acuerdo a los criterios diagnósticos anteriores).

Comorbilidad médica y psiquiátrica

¿Es el SCI una entidad distinta o parte de un trastorno global? Esta importante pregunta ha sido abordada a través de 3 diferentes tipos de estudios: medición de la somatización, análisis factorial y análisis estadísticos multivariados. Los pacientes con el SCI son doblemente diagnosticados con algún otro trastorno somático gastrointestinal en comparación a los grupos control. El constructo de la comorbilidad representa un reto en relación al concepto del SCI como una entidad diagnóstica distinta en vez de una variante psiquiátrica o un trastorno neuroendocrino (Whitehead y cols.2002).

Se ha intentado determinar la comorbilidad de estos padecimientos con alteraciones psiquiátricas o estructuras de personalidad determinada. Sin embargo, hasta ahora la información es contradictoria. En la actualidad se conoce en forma experimental y por informes de algunos estudios en seres humanos, que el estrés psicológico puede afectar la motilidad intestinal. Además de lo anterior, existe cada vez mayor información sobre la comorbilidad de trastornos digestivos, psicopatología, antecedentes de abuso sexual y mayor incidencia de padecimientos gastrointestinales. Los pacientes con el SCI pueden ser diagnosticados hasta el doble de veces en relación a los grupos control con una variedad de otros trastornos somáticos de origen no gastrointestinal (véase cuadro 5).

Existen reportes en la literatura de que los pacientes con SCI hacen el doble de visitas al médico en relación a los grupos control. Aproximadamente, el 50% de los pacientes con SCI que acuden a un primer nivel de atención así como con gastroenterólogos presentan al menos 1 síntoma somático comórbido. Tan frecuente es el reporte de quejas somáticas no gastrointestinales que se ha propuesto incluso como un criterio diagnóstico del SCI. Los pacientes con el SCI incurrir en el doble los gastos médicos de los pacientes sin el SCI.; 66% de este exceso de costos son por problemas no gastrointestinales. Los pacientes con 1 o mas trastornos somáticos comórbidos reportan una mayor severidad en los síntomas del SCI. mayor ansiedad y depresión, mayor discapacidad en la calidad de vida y mayor cantidad de ausencias laborales relacionadas a la enfermedad que los pacientes con el SCI pero sin trastornos comórbidos. Investigar los orígenes de la comorbilidad es importante ya que proporcionaría información para reducir los costos que este genera así como un tratamiento mas efectivo. Sin embargo, el concepto de la comorbilidad representa un reto para distinguir al SCI como una entidad diagnóstica distinta en vez de una variante psiquiátrica o un trastorno neuroendocrino.

Los trastornos no psiquiátricos y no médicos mas frecuentemente descritos son: fibromialgia (teniendo el 49% SCI), síndrome de fatiga crónica (SFC) (51%), trastornos en la articulación temporomandibular (64%) y dolor crónico de pelvis (50%). Aunque estos padecimientos son distintos y no son parte de un mismo trastorno por somatización también es cierto que su fuerte asociación sugiere características en común que son predominantemente de tipo psicológicas. De hecho, se ha discutido con anterioridad la respuesta a los psicotrópicos en las siguientes condiciones médicas: fibromialgia, SFC, migraña, SCI, dolor facial atípico y síndrome disfórico premenstrual. Estos padecimientos ya han sido claramente representadas.

Existe evidencia que sugiere una asociación entre estos trastornos y la depresión. Además, se ha demostrado que responden al menos en cierto grado a los agentes psicotrópicos. Por lo que surge la hipótesis de que estos trastornos pueden compartir algunos pasos etiológicos en común con la depresión. (Gruber y cols. 1996).

Cuadro 5

Síntomas de origen no gastrointestinal significativamente mas frecuentes en pacientes con el Síndrome de Colon Irritable

Hiperreactividad bronquial
Síndrome de fatiga crónica (SFC)
Dolor pélvico crónico
Dismenorrea
Fibromialgia
Cefalea
Síndrome premenstrual
Trastorno de la articulación temporomandibular
Mialgias en región de la espalda o generalizadas
Problemas para dormir
Disminución de la libido
Fiebre (subjetiva)
Sensación de falta de aire
Sibilancias
Sensibilidad al calor o al frío
Dispareunia
Frecuencia y urgencia urinaria
Nicturia
Vaciamiento incompleto de vejiga
Prurito
Halitosis
Disgeusia
Mareo
Rigidez
Sensación de vacío en el estómago.

Existen varias características clínicas comunes en las siguientes cuatro condiciones: síntomas dolorosos musculoesqueléticos, síntomas de fatiga, hiperreflexia del músculo detrusor de la vejiga y disfunción vesical. Todas ellas son mas frecuentes en las mujeres, pueden ser desencadenadas o exacerbadas por el estrés, están asociadas con la fatiga, problemas para dormir, ansiedad y depresión. Además, todas estas condiciones tienen un alto grado de confundirse o traslaparse una con otra. Generalmente los gastroenterólogos se han referido a los síntomas somáticos como manifestaciones "extraintestinales" del SCI.

Esta terminología implica que el SCI es n trastorno primario y que los trastornos

somáticos comórbidos tales como la fibromialgia, son expresiones del SCI. Por ello, se ha sugerido el término síntomas somáticos o trastornos "comórbidos". Whitehead y cols (2002) han señalado sobre esta comorbilidad lo siguiente:

Fibromialgia:

La fibromialgia es una condición crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso asociado con puntos dolorosos a la exploración física. Afecta aproximadamente el 2% de la población. La asociación entre el SCI y la fibromialgia ha sido estudiada mas que cualquier otra padecimiento comórbido. La fibromialgia ocurre en aproximadamente 32.5% (rango de 28%-65%) de los pacientes con el SCI. Por otro lado, el SCI ocurre en 48% (rango de 32%-77%) de los pacientes con fibromialgia.

Síndrome de fatiga crónica (SFC) :

El SFC se define como una fatiga prolongada o persistente que dura mas de 6 meses causando mas de un 15% de discapacidad , sin condiciones médicas o psiquiátricas que puedan explicar dichos síntomas. La prevalencia del SFC en la población general se ha estimado en 0.4%. Los síntomas del SCI se confunden con los del SFC y existe una alta frecuencia de trasposición de uno con el otro., fluctuando de un 32%-92% (mediana de 51%). Jones y cols (2001) han reportado que la prevalencia del SFC en los pacientes con el SCI ha sido del 14%. Morris y cols (1999), al estudiar el rol de la depresión en síndromes dolorosos, psicofisiológicos y síntomas no explicados por causa médica y describir si ésta se asociaba o no al síndrome de fatiga crónica (SFC) en un grupo de paciente. Concluyeron que la depresión si se asociaba con una disminución del funcionamiento social en este grupo de pacientes y que tratar la depresión en pacientes con el SFC es poco probable que no elimine por completo las quejas de dolor que reportan y síntomas no explicados por causa médica pero si podría mejorar el funcionamiento social.

Dolor pélvico crónico:

Cerca de un 14% de mujeres han reportado experimentar dolor crónico pélvico por mas de 6 meses en algún momento de su vida. Se han encontrado que del 29%-79% (mediana de 49.9%) de las mujeres que presentan dolor pélvico crónico han reunido criterios diagnósticos para el SCI. Por otro lado, cerca del 35% de las mujeres con el SCI han reportado dolor pélvico crónico (razón de momios, 2.54).

Trastorno de la articulación temporomandibular (TAT) :

El TAT se manifiesta por dolor orofacial, limitado al movimiento mandibular y dolor en la articulación. Afecta aproximadamente a 21% de la población, pero solo 5% busca ayuda por ello. Se ha encontrado que el SCI esta presente en 64% de una muestra de 25 pacientes con el TAT. Por otro lado, Jones y cols (2001) encontró un auto-reporte de TAT en el 16% de 270 pacientes con el diagnóstico del SCI.

Otros trastornos:

Los reportes individuales han sugerido comorbilidad significativa entre el SCI con otras condiciones físicas. En el estudio de Jones y cols (2001) se encontró que el 38% de los pacientes con el SCI ha reportado dolor de espalda., 18% síndrome de dolor premenstrual y 10% reportó dismenorrea. Todas estas incidencias son significativamente superiores en relación a cualquier otro padecimiento gastrointestinal.

En relación a la comorbilidad psiquiátrica que se ha encontrado hasta en un 94% los diagnósticos mas frecuentes que se han identificado son: trastorno depresivo mayor, ansiedad y trastornos Somatomorfos. Los trastornos psiquiátricos complican el diagnóstico y el manejo de muchos pacientes con el SCI. Debido a que muchos estudios de comorbilidad psiquiátrica se han enfocado en pacientes en medios clínicos y hospitalizados, por lo tanto un efecto potencial podría explicar el sesgo de esta asociación. Sin embargo, en el estudio epidemiológico nacional de E.U.A. (Epidemiologic Catchment Area) realizado en 1994 por Lydiard y cols donde se valoraron a 18,000 adultos de manera directa a través de entrevistas psiquiátricas con el fin de comparar 6 síntomas gastrointestinales del trastorno por somatización (dolor abdominal, diarrea, flatulencia y distensión, constipación, náusea y vómitos). Se compararon a los sujetos con múltiples síntomas gastrointestinales contra sujetos sin síntomas gastrointestinales. Un síntoma gastrointestinal incrementó la tasa de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) (7.9% vs 2.9%), trastorno de pánico (2.5% vs 0.7%) y agorafobia (10.0% vs 3.6%). Los sujetos con 2 síntomas gastrointestinal presentaron mayores tasas de TDM (13.4%), trastorno de pánico (5.2%) y agorafobia (17.8%). Cabe mencionar que estas tasas son menores que las que se reportan en los centros especializados de tercer nivel para el manejo de los TFD. Sin embargo, el aumento de las tasas en comparación con los controles en esta muestra comunitaria sugiere una relación real entre los trastornos psiquiátricos y los TFD y no puede ser explicado solo por un sesgo en el muestreo (Sadock y cols.2000) Otros estudios (North y cols 1996; Walker y cols. 1992) señalan tasas de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con SCI que van del 42% al 64%. Las tasas de control de comorbilidad van del 15% al 20%.

Se desconoce el mecanismo por el cual se da esta elevada comorbilidad psiquiátrica en pacientes con el SCI. Se han propuesto 4 modelos para explicar la posible causa de esta comorbilidad:

1.- Hipótesis del trastorno por somatización:

Propone que algunas personas presentan ánimo ansioso o deprimido con múltiples síntomas somáticos no específicos. Este modelo clasifica al SCI como a un grupo de diagnósticos que puede hacerse a partir de un trastorno primario de somatización u otro tipos de trastornos somatomorfos. Aunque el trastorno por somatización y otros tipos de trastornos por somatización existen en el SCI, no todos estos ocurren en todos los pacientes.

2.- Hipótesis somatopsíquica:

Esta hipótesis señala que los síntomas psicológicos son el resultado del malestar gastrointestinal crónico y la interacción no satisfactoria con los proveedores de la salud que no diagnostican de manera asertiva y por consecuencia no tratan de manera adecuada al SCI. Un argumento utilizado en contra de esta hipótesis son las relativas bajas tasas de trastornos psiquiátricos en trastornos gastrointestinales mas severos y crónicos tales como la enfermedad inflamatoria intestinal y la intolerancia a la lactosa. Se esperaría que dichos trastornos presentaran una mayor tasa comorbilidad psiquiátrica si la hipótesis somatopsíquica explicara las manifestaciones psicológicas de los síntomas en el SCI.

3.- La hipótesis psicogénica:

Señala que los trastornos psiquiátricos específicos son los causantes del SCI en una proporción significativa de la población. En particular, se ha propuesto que las crisis de pánico sean las responsables de un SCI secundario. Aunque una cantidad considerable de pacientes con SCI cursan con crisis de pánico, muchos de ellos no las presentan por lo que este tercer modelo no podría ser una única causa para explicar las manifestaciones psicológicas del SCI.

4.- El modelo de auto-selección:

Este modelo propone que la comorbilidad psiquiátrica aumenta las posibilidades de la búsqueda de ayuda médica en los pacientes con el SCI. Existe evidencia para apoyar este modelo en un medio clínico; la comorbilidad psiquiátrica parece tener una mayor prevalencia en las muestras clínicas que en las poblaciones comunitarias. Aunque también los estudios de la ECA (Lydiard y cols 1996; North y cols 1996; Walker y cols. 1992) señalan que este modelo no puede explicar de manera completa esta relación. Es decir, una considerable proporción de la población comunitaria con el diagnóstico de SCI que cursan con comorbilidad psiquiátrica importante no acude a buscar ayuda médica por ello.

Posiblemente, algunos de los modelos propuestos contribuyen a la trasposición entre el SCI y los trastornos psiquiátricos. De hecho, se recomienda el estudio familiar para poder distinguir lo anterior (Sadock y cols.2000)

Existen al menos mas de 20 estudios que hablan de la trasposición del SCI con trastornos psiquiátricos cuando menos en las últimas 3 décadas y se ha encontrado que de un 53%-94% de los pacientes con SCI reúnen criterios diagnósticos para al menos 1 diagnóstico primario en el eje I. Ha sido difícil poder obtener conclusiones de acuerdo a las revisiones bibliográficas en el tema ya que las categorías diagnósticas mas frecuentes que son: ansiedad, depresión y trastornos por somatización se traslapan en las poblaciones médicas. Sin embargo, a pesar de que los estudios realizados presentan algunas limitaciones tales como: poblaciones pequeñas y selección de grupos dudosa obtenida en clínicas de gastroenterología, se pueden hacer algunas generalizaciones:

1.- La mayoría de los pacientes con el SCI atendidos en clínicas médicas y aproximadamente el 18% de las personas con SCI vistos en la comunidad tienen cuando menos 1 o más trastornos psiquiátricos.

2.- No existe un solo diagnóstico psiquiátrico específico del SCI. Sin embargo, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados con el SCI es el de trastorno depresivo mayor seguido del de trastorno de ansiedad generalizada.

3.- Aunque se le ha dado mucha atención a la asociación que existe entre el SCI y el trastorno por pánico aproximadamente el 30% (con un rango de 15%-41%) reúnen criterios diagnósticos para el trastorno por pánico. La asociación entre el trastorno por pánico y el SCI puede ser sobreestimada, ya que el dolor abdominal y la diarrea transitoria que ocurren durante los ataques de pánico (ansiedad extrema) pueden ser confundidos por síntomas intermitentes crónicos del SCI.

4.- El trastorno por somatización ha sido diagnosticado en una cuarta a una tercera parte de los pacientes con el SCI. Sin embargo, la prevalencia del trastorno por somatización quizá sea baja, ya que el Cuestionario de la Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule) subestima la prevalencia de este trastorno. Además, el trastorno por somatización es solo uno de varios diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a la clasificación del DSM-IV-TR llamados "trastornos por somatización"; esta lista incluye problemas como: trastorno por conversión, trastorno por dolor e hipocondriasis. Por lo tanto, las estadísticas reportadas de la asociación del trastorno por somatización con el SCI representan solo una proporción del espectro psiquiátrico de somatización (Whitehead y cols. 2002).

Aspectos psicosociales

Los factores psicosociales son considerados como algo importante para el entendimiento del SCI. Para muchos pacientes los hallazgos clínicos no explican el grado de malestar subjetivo reportado, discapacidad funcional y las valoraciones psicológicas de los pacientes muestran altos porcentajes de estrés, trastornos de la personalidad y diagnósticos psiquiátricos. Aunque estas características no se relacionan al diagnóstico del SCI per se pero si caracterizan al grupo de pacientes que se "auto-selecciona" para buscar atención médica por este problema (Drossman y cols. 1988).

Mas del 60% de los pacientes que acuden a una clínica por problemas gastrointestinales describen de manera importante quejas relacionadas con aspectos psicológicos. La asociación entre factores psicológicos y el sistema gastrointestinal ha sido bien establecida (Epstein y cols.). Por ejemplo, el estrés inducido en animales ha demostrado afectar la motilidad intestinal (Clouse y cols. 1988). Las alteraciones en el funcionamiento del tracto gastrointestinal son parte de las respuestas viscerales al estrés. La inhibición del vaciamiento gástrico así como la estimulación del funcionamiento motor del colon son los patrones comunes que frecuentemente se encuentran por varios factores estresante en algunos individuos. (Tache y cols 2001).

De manera histórica Franz Alexander en la década de los 40's y 50's propuso un modelo psicosomático para varias enfermedades, incluyendo a la colitis ulcerativa y úlcera péptica en un intento para cambiar la visión reduccionista de que las enfermedades eran puramente psicogénicas. El mismo propuso que ciertos conflictos inconscientes generaban tensiones emocionales crónicas que al combinarse con un factor de predisposición biológico (Factor X) podía llevar a la disfunción fisiológica y finalmente a la enfermedad. Finalmente, Alexander identificó a las emociones como un factor que afectaban el apetito, comer, deglutir, funciones digestivas y las de eliminación.

Se han citado frecuentemente enfermedades sindrómicas específicas tales como el SCI, enteritis regional, colitis ulcerativa, dispepsia, enfermedad ulcero-péptica con factores psicológicos.(Folks y cols. 1992). De hecho, en una práctica común de un gastroenterólogo se ha reportado que cerca del 60% de sus pacientes presentará quejas de origen psicológico (Switz 1976). Drossman (1994), coincide con lo anterior al señalar que la psicopatología juega un papel importante en los individuos con trastornos funcionales digestivos, siendo este término definido como "una combinación variable de síntomas gastrointestinales no explicados por anomalías bioquímicas". Aún es una interrogante si estas anomalías son la causa, el resultado o los efectos secundarios de el trastorno. La mayoría de la investigación hecha en este campo ha sido enfocada a patrones de personalidad, eventos estresantes de la vida diaria y conductas anormales que semejan enfermedad en los pacientes con SCI y dispepsia funcional (Herschbach y cols. 1999) . Un grupo de autores (Drossman 1987;1990; Morris y cols. 1991; Pauli y cols. 1992; Wicki y cols. 1992) coinciden en señalar que los pacientes con TFD al ser comparados con sujetos sanos, los primeros presentaron mayor ansiedad, depresión, neuroticismo e hipocondriasis. Este mismo grupo de pacientes al ser comparado con pacientes con dolor abdominal superior de origen orgánico presentaron mayor ansiedad así como estados tensionales. No queda claro si el estrés resultante de eventos importantes en la vida está asociado con el inicio de la enfermedad, pero si se ha podido demostrar en diferentes estudios una asociación con los

TFD así como el SCI (Herschbach y cols.1999). La mayoría de los estudios de los trastornos digestivos funcionales se han realizado en poblaciones que ya son considerados pacientes. Han existido intentos para relacionar los eventos estresantes en la vida como un factor etiológico de los trastornos gastrointestinales funcionales. Por ejemplo, Craig y Brown (1984) describieron la relación entre los trastornos gastrointestinales dolorosos precedidos por eventos estresantes en la vida del grupo de pacientes que ellos estudiaron. En esta investigación se valoraron a pacientes que fueran referidos con gastroenterólogos, que tuvieran entre 18 a 60 años de edad y que presentaran dolor abdominal que hubiera iniciado un año antes de haber sido incluidos en el estudio. También se incluyeron a pacientes con síntomas similares recurrentes que hubieran presentado el inicio de dicha sintomatología 3 años y que no hubieran presentado ningún síntomas en ausencia de ningún tipo de medicación cuando menos un año antes de haber sido incluidos en el estudio. El grupo de estudio fue pareado con un grupo considerado como sano ya que no habían presentado ningún tipo de enfermedad gastrointestinal en los últimos 2 años. Este mismo grupo era extra hospitalario y se logró controlar: edad, sexo, estado civil, clase social, país de nacimiento y etapa de vida. Se pudieron registrar eventos estresantes así como dificultades en 135 pacientes un año previo al inicio del dolor abdominal. En 56 pacientes se pudo documentar la presencia de un trastorno gastrointestinal orgánico. Los eventos amenazantes severos y las dificultades importantes que se consideraron como un factor etiológico en el desarrollo de depresión clínica ocurrieron tan frecuentemente durante las 38 semanas previas del inicio de los trastornos funcionales digestivos (no orgánicos). No se encontró una relación entre la severidad de la amenaza del evento y el trastorno orgánico. Estos hallazgos pueden explicar la frecuente asociación entre los eventos estresantes de la vida con los trastornos orgánicos gastrointestinales. Algunos de los factores antecedentes al SCI en mujeres que se han descrito desde tiempo atrás han sido los siguientes: problemas conyugales, problemas de relación intra-familiar así como con sus hijos. En los hombres los problemas que se han descrito que anteceden al SCI han sido los laborales. Por otro lado, para los trastornos gastrointestinales de origen orgánico, incluyendo la CUCI, la evidencia de experiencias estresantes ha sido menos consistente. Se ha postulado que si el estrés tuviera un papel en el desarrollo del SCI, en todo caso este parecería tener un orden diferente al involucrado en los trastornos afectivos o en los estados funcionales. Existen algunas similitudes entre las implicaciones de la influencia de la personalidad y de estos hallazgos de que la severidad resultante de las experiencias frustrantes parecen ser el resultado de las propias acciones del sujeto. En esta investigación se hace especial énfasis a la frustración de los planes así como a la ambición.

La valoración psicológica de los pacientes con SCI en comparación con sujetos normales u otro tipo de pacientes muestra una alta prevalencia de reportes de estrés, características de personalidad anormal, diagnósticos psiquiátricos, y mayor cantidad de conductas relacionadas a la enfermedad. Aunque no queda muy claro si estos hallazgos son característicos de todas las personas que presenten SCI o solo representa a la población que acude al médico. Por lo anterior, se realizó un análisis multivariado del SCI (Drossman y cols 1988) donde se estudiaron a 72 pacientes que ya tenían el diagnóstico de SCI, 82 personas (que no habían buscado ayuda médica) y 84 sujetos sanos. Todos los sujetos recibieron una evaluación médica completa, hoja diaria de control para el dolor abdominal, patrón de las evacuaciones, evaluaciones psicológicas estandarizadas para el dolor, personalidad, estado de ánimo, eventos estresantes de la vida diaria, conducta relacionada a la enfermedad y apoyo social. El dolor y la diarrea fueron los hallazgos más importantes

asociados al estado del paciente. Posterior a haber controlado estos síntomas se encontró lo siguiente: a) los pacientes con el SCI tienen una alta proporción de patrones anormales de personalidad, mas conductas relacionadas a la enfermedad y menor puntuación en la escala de eventos estresantes en la vida en relación con los sujetos con el SCI pero no considerados como pacientes ($p < 0.001$) y normales ($p < 0.001$); b) Los no pacientes con SCI aunque se situaron de manera intermedia entre el grupo de pacientes y los normales, no son del todo diferentes a lo normales (0.21); c) Los sujetos no pacientes con SCI presentaron mayores capacidades de adaptabilidad, experimentan a la enfermedad como menos disruptiva para la vida y tienden a hacer menor uso de la negación que utilizan los pacientes. Estos factores contribuyen a las "conductas de bienestar" entre las personas que presentan un malestar intestinal crónico. Este estudio confirma los hallazgos previos de las características psicológicas de los pacientes con el SCI en relación a aquellos sujetos con el SCI (pero que no han buscado ayuda médica por ello) así como de los sujetos normales. Los pacientes con el SCI presenta rasgos de personalidad anormales demostrados a través del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), particularmente en las siguientes subescalas: hipocondriasis, depresión, histeria, psicastenia y esquizofrenia. Los pacientes con este perfil anormal tienden a reportar el dolor y otro tipo de quejas somáticas sobre todo cuando se encuentran bajo estrés, tienden a negar o minimizar las preocupaciones emocionales, muestran una preocupación importante en relación al cuerpo, las funciones del mismo y requieren de una revaloración de su salud. Este estudio apoya la evidencia epidemiológica de que los pacientes con el SCI difieren en cuanto a la conducta relacionada a la enfermedad, por ejemplo la manera en como los síntomas son percibidos, evaluados y demostrados en la sociedad. Los factores psicológicos previos que se han atribuido a los pacientes con el SCI se asocian con el estado del paciente mas que con el diagnóstico por se. (Drossman y cols. 1988; Pauli y cols. 1992; Whitehead y cols. 1988, 1992; Guthrie y cols. 1992; Heaton y cols. 1991, 1992; Sandler y cols. 1984). Los pacientes con TFD que acuden a consultar en comparación con los no consultantes difieren entre si principalmente en cuanto a como perciben sus síntomas (Lydeard y cols. 1989). En otras palabras, una grande proporción de la varianza en la "psicopatología" que se encuentra en la población de pacientes no puede ser atribuida como una característica del trastorno por si mismo, pero si es un artefacto que contribuye al sesgo del muestreo inherente al agrupar a los pacientes. Por todo lo anterior, se sugiere que los síntomas psicológicos no originan los síntomas intestinales pero si influyen la decisión de consultar al médico (Whitehead y cols. 1992).

Actitudes y creencias de los pacientes hacia su padecimiento

Dado a que el SCI es un trastorno crónico y recurrente, que puede requerir de investigaciones invasoras, cirugías, pérdida de tiempo en el trabajo y pueden tener un impacto adverso en las vidas personales y profesionales. Además, las terapias convencionales pueden ser asociadas con efectos adversos y pueden no ser exitosos para obtener una remisión de la enfermedad. Los pacientes pueden buscar la medicina alternativa por ayuda sintomática, como una nueva aproximación cuando la medicina convencional no ha satisfecho por completo sus necesidades de salud o cuando éstas fallan para proveer con algún grado de control sobre su enfermedad. Para algunos, puede ser un reflejo del desacuerdo con sus médicos o con la medicina convencional en general ya que puede ser percibida como muy compleja, tecnológica, poco personal, costosa, inconveniente, no disponible o inaccesible (Murray y cols.1991). En un estudio (Rawsthorne y cols. 1999) se describen los diferentes tratamientos alternativos entre los pacientes con el SCI en 4 diferentes países: E.U.A., Canadá, Irlanda y Suecia. A través de un cuestionario auto aplicable relacionado al uso de medicina alternativa se valoraron a 289 pacientes que acudían a consultar a un centro especializado en SCI. A través de un análisis de regresión logística múltiple se compararon las características demográficas (edad, género, estado civil, estado laboral, ingreso anual y residencia urbana vs rural), uso de mas de 18 tipos de medicina alternativa y actitudes hacia la medicina tradicional y alternativa. El cuestionario también contempló información sobre el diagnóstico del paciente, su estado de salud, número de visitas a los médicos alópatas dentro del último año así como el número de días que el paciente haya convalecido en cama ya sea dentro o fuera del hospital en el último año. Este mismo cuestionario incluyó 22 preguntas relacionadas a las actitudes hacia la medicina alternativa y tradicional. Se les proporcionó una lista de diferentes tipos de medicina alternativa y se les pidió que señalaran la empleada y el motivo por el cual lo habían hecho. Los resultados fueron los siguientes: 51% de los 289 pacientes señalaron haber utilizado algún tipo de medicina alternativa. La distribución de los usuarios de algún tipo de medicina alternativa por países fueron los siguientes: Irlanda: 31%, E.U.A.:68%, Suecia: 32% y Canadá: 57% . Los 6 diferentes tipos de medicina alternativa mas frecuentemente usados en orden descendente fueron: ejercicio (28%), rezar (18%), consejería (13%), masajes (11%), quiroprácticos (11%) y relajación (10%). Solo 7% utilizó acupuntura u homeopatía y un 5% utilizó medicina herbolaria. Los riesgos relativos mas elevados (intervalos de confianza) para la utilización de de cualquier forma de medicina alternativa se asociaron con: ser soltero (3.1), vivir en E.U.A. (4.4.), vivir en Canadá (2.7) y un incremento en el uso de la medicina alternativa del 2.7% por cada médico visitado. La edad, género, diagnóstico y duración de la enfermedad no fueron factores predictivos para el uso de cualquier tipo de medicina alternativa. Los pacientes evaluados que parecen utilizar mas la medicina alternativa fueron aquellos sujetos solteros, con un ingreso anual elevado así como residentes de medios urbanos. En relación a la actitudes, los habitantes de Irlanda mostraron una mayor aceptación hacia la medicina alternativa y menos aceptación hacia la medicina tradicional. De acuerdo a las actitudes, los sujetos hicieron mayor uso de la medicina alternativa, cuando no se habían sentido satisfechos por la medicina tradicional, contemplaban a los hospitales como lugares peligrosos, consideraban que los médicos que practicaban la medicina alternativa debían de tener un lugar en los hospitales y sentían que sus situaciones médicas eran desesperanzadas.

En un estudio (Moser y cols.1996) se ha descrito que en el SCI las terapias no convencionales son generalmente utilizadas como adyuvantes más que como substitutos de la terapia tradicional. Además, se menciona que el 34% ha hecho uso de las terapias alternativas y 14% ha tratado más de un método. Los métodos más frecuentes reportados son: homeopatía (45%), dietas especiales (39%), acupuntura (8%) y técnicas de relajación/masaje (6%). Se reportó que la frecuencia en la utilización de la medicina alternativa entre pacientes con CUCI y EC fue la misma. Además, se mostró que a mayor cronicidad de la enfermedad mayor utilización de la medicina alternativa ($p < 0.0002$), mayor preocupación de ser sometidos a cirugía ($p < 0.001$) y de estar fuera de control ($p < 0.05$).

Por otro lado, el uso de las terapias alternativas ha sido mucho más baja en pacientes con SCI que lo reportado en el estudio de Rawsthorne y cols (1999). Por ejemplo, Verhoef y cols (1990) reporta que solo el 4% de los pacientes con EC consultaron algún tipo de medicina alternativa. Este mismo autor demostró que entre los trastornos gastrointestinales el uso de la medicina alternativa fue común entre los pacientes que presentaban un mayor escepticismo hacia la medicina tradicional o una falta de satisfacción con los métodos terapéuticos convencionales. En el Reino Unido, Smart y cols. (1986) reportaron que entre los pacientes con la EC que eran usuarios de la medicina alternativa existió una predominancia femenina (62%) y a pesar de que solo el 4% continuaba utilizándola, el 6% había consultado con algún practicante de la medicina alternativa y el 9% lo había considerado. En este mismo estudio, el 41% de los pacientes con el SCI había utilizado cuando menos alguna vez en el pasado la medicina alternativa. Ellos concluyen que los pacientes con SCI reportan mayor preocupación por su salud, miedo de tener una enfermedad en general y la creencia de que la enfermedad interfiere con las actividades de la vida diaria. También, presentan mayores reportes de ansiedad y depresión. Estos factores pueden tener una influencia sobre la tendencia para reportar más quejas físicas, consultar más médicos así como de buscar diferentes tipos de medicina alternativa.

Perfil psicológico

Los estudios que reportan algún diagnóstico psiquiátrico, de acuerdo a los criterios diagnósticos de investigación (RDC), han reportado los siguientes: histeria (20%), depresión (20%) y trastorno por ansiedad (14%) (Whitehead y cols. 1985). De manera similar los estudios que han hecho uso del Listado de Síntomas de Hopkins (Hopkins Symptom Checklist: SCL-90) han encontrado elevaciones en las siguientes subescalas: somatización del afecto, sensibilidad interpersonal, depresión ansiedad y hostilidad (Whitehead y cols. 1980). Estos hallazgos no sugieren un mecanismo psicológico específico para la sintomatología del SCI. Mas bien son compatibles con 3 hipótesis alternativas:

1.- *Hipótesis de autoselección:* Los síntomas de malestar psicológico pueden no estar relacionados al desarrollo de los síntomas intestinales que definen al SCI pero pueden influir aquellos con síntomas de disfunción intestinal para buscar ayuda médica. Esta hipótesis sería apoyada al demostrar que los pacientes con este problema que asisten a una clínica presentan mayor malestar psicológico en comparación a los individuos que tienen la misma sintomatología pero que no asisten a consultar por ello.

2.- *Criterios diagnósticos inapropiados:* El uso de síntomas vagos y difusos como criterios diagnósticos para el SCI podría resultar en una identificación heterogénea de la población. Por lo tanto, esto contribuiría solo a hallazgos psicológicos inespecíficos. Whitehead y cols (1985) han hecho la sugerencia de utilizar el término de Trastorno Funcional Digestivo (TFD) para aludir a aquellos pacientes que cursen con dolor abdominal vago, así como constipación o diarrea que no cumplen con los criterios diagnósticos mas restrictivos propuestos por este mismo grupo.

3.- *Hipótesis somatopsíquica:* Si los síntomas de malestar psicológico estuvieran asociados con el SCI, éstos podrían ser el resultado de tener síntomas intestinales crónicos mas que los resultados de los propios síntomas intestinales. Esto podría hipótesis podría ser apoyada al demostrar por ejemplo que los pacientes con el síndrome de mal absorción de la lactosa y los individuos con SCI presentan mayor cantidad de síntomas relacionados al malestar psicológico que los sujetos normales.

En relación a los síntomas de malestar psicológico asociado al SCI Whitehead y cols (1985) realizaron un estudio de comparación entre una población comunitaria y médica con el fin de investigar si la auto-selección para recibir un tratamiento por este problema contribuyen a las anomalías psicológicas en los pacientes vistos médicamente por este problema. Se compararon 2 diferentes criterios diagnósticos: criterios diagnósticos restrictivos basados en los trabajos de Manning y los criterios convencionales (dolor abdominal así como patrones intestinales alterados). Los pacientes con el síndrome de mala absorción a la lactosa fueron incluidos como un grupo control, ya que este grupo si presenta una condición médica que puede explicar la sintomatología y que es similar al SCI. Las mujeres que reunieron los criterios restrictivos para el SCI pero que no habían asistido a consulta no presentaron mayor cantidad de síntomas de malestar psicológico en el SCL-90 en comparación al grupo asintomático. Sin embargo, los pacientes con el diagnóstico de SCI y mal absorción a la lactosa si presentaron mayor cantidad de síntomas de malestar psicológico en relación al grupo asintomático pero que no asistía a consultar. Los

individuos que reunieron los criterios convencionales para el SCI reportaron mayor cantidad de síntomas de malestar psicológico que el grupo control acudieran o no a consultar. Al realizar un análisis bi-variado de varianza para las subescalas del SCL-90, las 2 poblaciones difirieron significativamente en todas las 9 sub-escalas y en el índice sintomático global. También se evaluaron las diferencias diagnósticas entre los 2 grupos en este análisis multivariado de varianza. El efecto principal del diagnóstico resultó significativo [$F(2,109) = 3.23, p < 0.05$], pero la interacción entre la muestra y el diagnóstico no resultó ser significativa. Estas diferencias diagnósticas de grupo se debieron a una mayor cantidad de síntomas en el grupo con TFD en comparación con el grupo con SCI así como con el grupo con mala absorción a la lactosa. En el SCL-90 el efecto principal del diagnóstico resultó con significancia estadística [$F(3,112) = 2.66, p = 0.05$] y las pruebas t mostró al grupo TFD tener una puntuación mayor que los normales en las sub-escalas de: somatización, ansiedad, hostilidad y fobias. Estos análisis demuestran que los criterios empleados para el diagnóstico del SCI influyen en las conclusiones que uno obtiene en relación a la asociación del SCI con los síntomas de malestar psicológico. Además, estos resultados sugieren que: a) los síntomas de malestar psicológico no se relacionan al SCI pero si influyen la decisión de los pacientes de acudir a consultar y b) los criterios diagnósticos convencionales identifican a individuos con mayor malestar psicológico en comparación a los criterios restrictivos. La implicación de estos hallazgos llevan a la conclusión de que este tipo de pacientes además de presentar un trastorno en la motilidad intestinal presentan también síntomas psiquiátricos. Esos dos diferentes síntomas requieren de tratamientos por separado. Estos hallazgos también señalan que se subestima la alta prevalencia de síntomas de malestar psicológico en pacientes que presentan quejas intestinales y se sugiere el monitoreo psicológico a través de un cuestionario como el SCL-90 o el Inventario de Neuroticismo-Extroversión-Apertura (Neuroticism-Extroversion-Openness Inventory).

Se ha descrito (Christensen 1992) que los paciente identificados con los criterios diagnósticos de Manning al ser comparados con sujetos sanos y con pacientes que tienen un trastorno orgánico benigno del intestino, aquellos con el SCI presentan un puntaje mayor en las escalas de fobia, depresión, ansiedad somática e histeria. Se ha postulado que la ansiedad y la obsesión parecen ser las consecuencias y no las causas de los síntomas. Se han mencionado a los factores psicosociales como un parámetro para identificar conductas relacionadas con la búsqueda de atención médica así como de conductas similares a las de la enfermedades.

Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es un trastorno intestinal inflamatorio que tiene afección predominantemente por el intestino grueso. Se desconoce la causa de la CUCI, pero debe diferenciarse de formas de colitis infecciosas tales como la campylobacteriosis, amibiasis, shigelosis; así como de pseudomembranas enterocolíticas y colitis isquémicas. La incidencia anual de la CUCI es de 10 por cada 100,000. Ser de raza judía es un factor de riesgo para la CUCI. El síntoma predominante de la CUCI es la diarrea sanguinolenta. Los síntomas extraintestinales incluyen: uveítis, iritis, enfermedades de la piel y colangitis esclerosante primaria. El diagnóstico se hace principalmente por colonoscopia o proctoscopia. La resección quirúrgica de partes del intestino grueso de todo el intestino resulta en la cura para los pacientes.

Más de 100 estudios de la CUCI han explorado la relación con factores psiquiátricos. Se ha señalado que estos estudios presentan deficiencias metodológicas en los diseños de investigación, falta de sujetos control, no específicos de la metodología en relación a la captura de los pacientes y una falla para poder utilizar los criterios diagnósticos estandarizados. Los estudios que no incluyeron grupos control adecuados resultaron en una asociación con eventos de la vida, personalidades anormales y trastornos psiquiátricos. Por otro lado, cuando se examinaron los mejores 7 estudios de acuerdo a su metodología no se encontró una asociación entre la CUCI y los factores psiquiátricos. Esta misma revisión enfatiza en la necesidad de tener mayor precaución para interpretar a los factores psiquiátricos asociados con los trastornos orgánicos gastrointestinales. Sin duda, los factores psiquiátricos pueden tener un papel importante en la manifestación y complejidad de ciertos trastornos tales como la CUCI. Sin embargo, la generalización sobre los mecanismos psicológicos para la CUCI deben de ser tomados como algo aún sin haberse probado. (Sadock y cols.2000).

De manera histórica, desde 1930 se han relacionado factores emocionales a la CUCI. Ha existido debate en relación a considerarla o no como un problema psicossomático. Por ejemplo, Sperling y cols (1960) la consideraron como un problema psicossomático, mientras que Mendeloff y cols (1970) y Feldman y cols (1967) la consideraron como un problema físico. Sin embargo, otros autores (Hornsby 1970; Drossman 1986; Engel 1956 y 1967) consideran que este padecimiento tiene una etiología multifactorial y que los aspectos emocionales solo se encuentran parcialmente involucrados. Por consecuencia, los pacientes con CUCI no solo han sufrido por su padecimiento sino también por el estigma de ser considerado pacientes con un trastorno "psicossomático". Finalmente, otros (Murray 1984; Lourens 1973; Whitehead 1982) consideran que el malestar psicológico en el CUCI puede ser meramente el resultado esperado de cualquier otra enfermedad severa y crónica. De hecho, Murria (1984), menciona que los factores psiquiátricos que alguna vez dominaron los reportes hechos en la CUCI, rara vez son mencionados ahora. North y cols (1990), realizaron un estudio de revisión bibliográfico sobre la relación del CUCI con factores psiquiátricos. Ellos encontraron que de los 138 estudios revisados, 117 de estos estudios incluían adultos, 20 estudios incluían a niños y solo 1 de ellos a ambos grupos. 25 de estos estudios eran solo reportes de caso mientras que el número de muestra varió de 1 a 2,000. En 31 estudios se refiere la evaluación y tratamiento psiquiátrico. Solo 34 de los 138 estudios mencionados fueron controlados y en 19 de estos se emplearon grupos de comparación con condiciones médicas. El resto de los estudios utilizó a sujetos control con

enfermedades "psicosomáticas", tales como SCI y/o sujetos controles sanos. Finalmente, se concluye que solo en 7 de los estudios se presentaron bases sólidas sistemáticas de investigación y estos mismos no encontraron una asociación entre el CUCI y los factores psiquiátricos. Es decir, la psicopatología significativa y los eventos estresantes de la vida no se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con CUCI que en los sujetos controles. En dicha revisión se enumeran las siguientes deficiencias metodológicas en la revisión bibliográfica: pequeñas muestras de pacientes, diagnósticos gastrointestinales sin confirmar apropiadamente, sujetos con trastornos intestinales inflamatorios sin separarse por diagnóstico específico, selección de pacientes no aleatoria y sesgada; sin uso de grupos comparativos o de manera inapropiada, sin parearse o compararse de manera demográfica; criterios diagnósticos no empleados o sin haberse especificado, instrumentos no estandarizados o falta de confiabilidad/validez de los mismos, falta de asesoramiento ciego, falta de comparación de datos de otros estudios, principalmente estudios retrospectivos; el análisis de los datos no se describe o simplemente no se hizo; asunción errónea de causalidad a partir de una mera asociación. En dicho trabajo se concluye que los errores metodológicos han sesgado los resultados en la literatura sobre factores psiquiátricos en la CUCI. Uno de los factores que han contribuido para considerar que los factores psicológicos tienen un papel etiológico en la CUCI ha sido la posibilidad de la coexistencia o confusión de este trastorno con el SCI, habiéndose documentado en este último padecimientos psiquiátricos (Liss y cols. 1973; Young y cols. 1976). Se ha propuesto que se considere al SCI y a la CUCI como "dos aspectos o dos etapas de la misma afección" (Bonfils y cols. 1974). Weynrib y cols (1992) al estudiar a pacientes con CUCI encontraron que dichos pacientes presentaban alexitimia, es decir, que fueron incapaces para utilizar palabras que describieran sus emociones. Se han realizado algunos estudios en relación a algunas características psicológicas de pacientes con trastornos gastrointestinales. En un estudio (Smith y cols. 1995), donde se comparó el perfil psicológico de pacientes con CUCI y pacientes con enfermedad de Crohn (EC) específicamente en los rubros de ansiedad, estrategias defensivas y auto imagen se encontraron que un subgrupo de paciente con EC con afección predominante a nivel de colon presentaron actitudes más pueriles así como mayor alexitimia. Helzer (1985), ha propuesto que las aseveraciones hechas sobre los rasgos de personalidad y los conflictos psicológicos han continuado basados principalmente en teorías, teniendo poca relevancia en la decisiones terapéuticas en un medio clínico. El mismo ha enfatizado en la necesidad de cambiar nuestra atención de medidas globales de los factores emocionales o de personalidad a los diagnóstico psiquiátricos específicos. De tal forma, al enfocarnos en síndrome psiquiátricos específicos permitirá el uso de métodos confiables en las investigaciones. Además, permitirá la traducción de los hallazgos en guías prácticas en el manejo clínico y auxilia en la determinación del pronóstico.

La calidad de vida (CV) en los trastornos inflamatorios intestinales (TII) esta relacionada con la actividad de la enfermedad. Un número substancial de pacientes con CUCI en remisión cursa con síntomas intestinales compatibles con el SCI, a pesar de que no existan señales de inflamación activa. Aún no queda claro el mecanismo por el cual ocurre lo anterior. Sin embargo, existe evidencia de que la inflamación crónica o transitoria previa puede resultar en una disfunción intestinal. Algunos investigadores (El-Serag y cols 2002), han reportado que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se ve afectada en pacientes con SCI de intensidad moderada a severa. Ellos mismos concluyen que la CVRS en los pacientes con SCI puede ser tan discapacitante como la enfermedad por reflujo

gastroesofágico así como la depresión. En un estudio llevado a cabo por Simrén y cols (2002) se evaluaron a pacientes con CUCI (n:132) y Enfermedad de Crohn (EC) (n: 110) con el fin de valorar la CV en pacientes con TII en remisión sostenida y comparar los resultados de estos dos grupos con los de la población abierta y en segundo lugar evaluar la presencia de síntomas-similares al SCI en estos pacientes para comparar factores de bienestar y psicológicos en los pacientes con o sin síntomas-similares al SCI en ambos grupos. Los resultados fueron los siguientes: los pacientes con compatibles con SCI fueron de 2 a 3 veces mas frecuentes en los pacientes con TII en remisión. Además, los pacientes con TII con síntomas-similares al SCI también presentaron mayor severidad gastrointestinal en general, disminución del bienestar y mayores niveles de ansiedad y depresión en relación a aquellos pacientes sin síntomas-similares al SCI. Se encontró que la ansiedad y la disminución en la vitalidad predecían de manera independiente la presencia de síntomas-similares al SCI. En general, los pacientes con CUCI reportaron una ligera mejoría psicológica y niveles bajos de ansiedad y depresión que los pacientes con EC. También Se encontró que los pacientes con EC presentaban una disminución en el bienestar general, mayor depresión y percibían de manera mas severa los síntomas gastrointestinales que los pacientes con CUCI.

Temperamento, Carácter y Trastornos de la personalidad

La personalidad es tanto compleja como única dado a que los individuos difieren de manera importante uno de otro en los múltiples componentes de la conducta, y cada una de ellas expresa una de las muchas potenciales estilos de vida. Todas las definiciones de la personalidad son funcionales (p.ej se enfocan a cuestiones relacionadas con la motivación y a la adaptación mental del organismo). La mayoría de los autores coincide en señalar que la personalidad consiste del temperamento, carácter e inteligencia. El temperamento refleja las contribuciones biológicas y el carácter refleja las contribuciones sociales y culturales para la personalidad. La inteligencia impregna tanto los tratos constitucionales como los sociales y modifica de manera global las funciones de la personalidad. Las funciones básicas de la personalidad son el pensar, sentir, percibir e incorporar a estas en conductas de motivación.

El temperamento ha sido conceptualizado como el componente estilístico (como) de la conducta, se diferencia de la motivación (porque) y del contenido (que) de la conducta. Los conceptos modernos del temperamento, sin embargo, han enfatizado los aspectos emocionales, motivacionales y adaptativos. De manera específica, han sido identificados 4 rasgos de la personalidad: evitación al daño, búsqueda de lo novedoso, dependencia a la gratificación y persistencia. Este modelo puede ser considerado como una interpretación moderna de lo que era considerado anteriormente los 4 temperamentos: los sujetos difieren en el grado en el cual se sienten melancólicos (evitación al daño), coléricos (búsqueda de lo novedoso), sanguinarios (dependencia a la gratificación) y flemáticos (persistente). Sin embargo, los 4 temperamentos ahora son considerados genéticamente dimensiones independientes que ocurren en todas las posibles combinaciones factoriales lejos de ser categorías mutuamente excluyentes.

En cuanto a las distinciones entre el temperamento y el carácter se ha descrito que el temperamento corresponde a los procesos de sensación, asociación y motivación que subyacen la integración de las habilidades y hábitos basados en las emociones. El temperamento se refiere a las emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. El temperamento es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida. Las 4 dimensiones del temperamento comprendidas en el ITC son: búsqueda de lo novedoso, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia. El carácter corresponde al proceso de abstracción y simbolización que están basados en el aprendizaje conceptual. Este se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Las 3 dimensiones del carácter que el ITC maneja son: autodirección, cooperatividad y autotranscendencia.

Los rasgos del temperamento de evitación al daño, búsqueda de lo novedoso, dependencia a la gratificación y persistencia se definen como diferencias hereditarias que subyacen la respuesta automática al peligro, novedad, y varios tipos de recompensa respectivamente. Estas 4 rasgos del temperamento están estrechamente asociadas con las 4 emociones básicas del temor (evitación al daño), ira (búsqueda de lo novedoso), unión (dependencia a la gratificación) y liderazgo (persistencia). Las diferencias individuales en el temperamento y las emociones básicas modifican el proceso de la información sensorial

y moldean de manera importante las características de aprendizaje, especialmente el condicionamiento asociativo de las respuestas conductuales inconscientes. En otras palabras, el temperamento se conceptualiza como sesgos hereditarios en las emociones y en el aprendizaje que subyace la adquisición de rasgos de conducta automática basada en las emociones y hábitos observables en la vida y relativamente estable a lo largo de la vida.

En contraste al temperamento, que tiene principalmente un componente hereditario, el carácter es menos hereditario y es influido de manera moderada por el aprendizaje social, cultura y eventos al azar de la vida únicos del individuo. El modelo psicobiológico de la personalidad que consta de 7 factores ha sido el único modelo en poder abordar el tema del carácter y su estructura de una manera sistemática. En cuanto a la psicobiología del carácter (o la característica conceptual del carácter) se ha mencionado que involucra funciones cognitivas superiores reguladas por el hipocampo y la neocorteza. Las 3 dimensiones del carácter identificadas son: auto-dirección, cooperatividad y auto-trascendencia. Cuando estas están completamente desarrolladas se define una personalidad madura. La auto-dirección cuantifica el grado en el cual un individuo es responsable, confiable, cuenta con recursos, orientado a metas y auto-confidente (Sadock y cols.2000)

Las aproximaciones actuales para la descripción y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad tienen serias limitaciones conceptuales y prácticas. Primero, un individuo tiene rasgos característicos de más de un trastorno de la personalidad cuando las categorías discretas son especificadas como en la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) o en la Organización Mundial de la Salud (OMS). Segundo, la distinciones clínicas entre los rasgos de personalidad mal adaptada y los trastornos de la personalidad son algo arbitrarias porque el grado natural de variabilidad en los estilos cognitivos y sociales, así como la naturaleza de la severidad de la discapacidad adaptativa. Tercero, la discapacidad adaptativa depende tanto de las variables situacionales como de las temperamentales, para que así el temperamento pueda concluir en un aprovechamiento exitoso en un medio social u ocupacional o en discapacidad y malestar en otro escenario. Cuarto, las conductas que típicamente se escogen como variables de criterios en una cultura en particular no son socialmente descados; consecuentemente, el interrogatorio directo lleva a respuestas defensivas, aún cuando el individuo esta conciente de la percepción de su conducta. Surge la disyuntiva de considerar a la variación de la personalidad como categórica o dimensional. (Cloninger 1987)

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el perfil del temperamento y psicopatológico de los pacientes con el síndrome de colon irritable en relación a los pacientes con el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica?

- **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Dado a que existen grandes cantidades de reportes de la asociación de la psicopatología en pacientes con el TFD, siendo el SCI uno de ellos, es importante evaluarlo y confirmarlo por el impacto que tiene este padecimiento en diferentes niveles. Además, de que se ha sobreestimado que los pacientes con el diagnóstico de SCI son pacientes que "ya tienen un diagnóstico psiquiátrico" y por ello ha existido tendencia a sobre-medicar a este grupo de pacientes, incluyendo psicofármacos independientemente del efecto que estos pueden tener a nivel de la motilidad intestinal. Como consecuencia deben de realizarse y confirmarse la presencia de diagnósticos psiquiátricos en este grupo de pacientes.

Para poder saber si el grupo que se esta estudiando (SCI) tiene mayor o menor grado de psicopatología o perfiles de temperamento característicos se deben de realizar estudio comparativos, por ello se decidió comparar a los pacientes con SCI contra pacientes con CUCI ya que estos presentan síntomas físicos similares, pero en este último grupo si existen lesiones estructurales mientras que en el primero no es así.

Se ha propuesto al Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) como una herramienta para poder realizar diagnóstico estructural dimensional de la personalidad. Gracias, a que ésta es una escala que ya ha sido previamente utilizada en pacientes con trastornos psiquiátricos sería importante explorar el uso de las subescalas del temperamento, de connotaciones predominantemente biológicas, para el estudio de la psicopatología en pacientes con SCI y CUCI. Aunque el SCL-90 incluye una subescala para la depresión consideramos necesario complementarla con una que mida aspectos cognitivos, como lo es la escala para la depresión de Beck.

• OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Comparar las características psicopatológicas en dos grupos de pacientes: síndrome de colon irritable (SCI) y colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI).

Objetivos específico

- 1.- Comparar el temperamento entre los pacientes con SCI y CUCI.
- 2.- Comparar la severidad de la psicopatología entre los pacientes con SCI y CUCI.
- 3.- Comparar la depresión en pacientes con SCI y CUCI.

• HIPÓTESIS

- 1.- Los pacientes con SCI presentan un perfil de temperamento característico
- 2.- Los pacientes con el diagnóstico de SCI presentan mayor grado de psicopatología que aquellos con CUCI.
- 3.- Los pacientes con SCI presentan mayor grado de depresión que aquellos con CUCI.

• MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes

Los pacientes incluidos en el estudio (n: 62 pacientes) fueron captados de la consulta externa y de la Clínica de trastornos de la motilidad del mismo servicio del INCMNSZ. La primera llevada por los residentes de gastroenterología y la segunda por un adscrito encargado de la clínica especializada. La manera como se procedió para incluirlos fue la siguiente: se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes que estaban programados ese día para acudir a consulta externa. Una vez identificado el o la paciente con diagnóstico de SCI o CUCI y que reunieran los criterios de inclusión se les invitó a participar en el estudio al terminar la consulta con el gastroenterólogo. Al aceptar participar en el estudio dando su consentimiento informado por escrito se les interrogó de manera directa datos clínicos y sociodemográficos. Posteriormente, se les aplicó las escalas de estudio: SCL-90, ITC, BDI.

Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes que reunieran criterios diagnósticos para el síndrome del colon irritable, de acuerdo a los criterios de Roma (ver cuadro 1).
- 2.- Pacientes que reunieran criterios diagnósticos para Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (confirmación histopatológica).
- 3.- Tener mas de 18 años y menos de 65 años de edad
- 4.- Supieran leer y escribir.
- 5.- Que aceptaran participar en el estudio de manera voluntaria firmando de conformidad la hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- 1.- No reunir los criterios de inclusión
- 2.- Presentar algún padecimiento médico que impidiera la lectura, comprensión y escritura (p.ej retraso mental, discapacidad física, deterioro cognoscitivo moderado a severo).
- 3.- Que tuvieran diagnóstico psiquiátrico confirmado y que estuvieran bajo tratamiento médico con psicofármacos.
- 4.- Que existieran dudas sobre el diagnóstico gastroenterológico.
- 5.- Que estuvieran cursando con algún otro problema médico que pudiera confundir o exacerbar mas el cuadro clínico (p.ej neoplasias, descompensación de algún otro problema médico, etc)

Diseño del estudio

Estudio transversal y comparativo.

A continuación se describen las variables de estudio y los instrumentos utilizados para la medición de las mismas.

VARIABLES DE ESTUDIO	TIPO DE VARIABLE	ÍNDICE CLINIMÉTRICO
Temperamento	Ordinal	Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)
Severidad de la psicopatología general	Ordinal	Listado de síntomas (SCL-90)
Depresión	Ordinal	Inventario de depresión de Beck (BDI)

• INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Inventario de Síntomas SCL-90 (Symptom Check List)

El SCL-90 es un cuestionario diseñado para medir la intensidad de síntomas reportados por el mismo paciente; estos se agrupan en diferentes subescalas. Ésta surgió a partir del Inventario Médico de Cornell (1948) de la cual la escala de malestar (1953) y posteriormente el Inventario de Síntomas de Hopkins (HSCL) se desarrollaron (Derogatis y cols 1977). Finalmente, después de una serie de revisiones y modificaciones se introdujo el SCL-90. Actualmente existe una versión del SCL-90 (SCL-90-R) en la que 2 de las 90 preguntas son diferentes a la versión original (SCL-90). (Derogatis y cols. 1983). Ha sido utilizada por los clínicos como un medio para describir el estado sintomático del paciente.

El tiempo promedio para completar el cuestionario es de 12-15 minutos. Cada una de las categorías se compone de 6 a 13 reactivos. El índice sintomático general es la suma de todos los puntajes de los factores y se divide en 90. El total de síntomas positivos es el número de síntomas de los 90 mencionados. El nivel de malestar sintomático positivo es el nivel promedio de malestar de los síntomas que el paciente reporta como molestos.

La estructura factorial del SCL-90 debe de ser establecida de manera empírica para cada población que vaya a ser estudiada, porque tiende a depender de la población que se vaya a estudiar. Esta escala ha sido utilizada en varias poblaciones de consulta externa con diagnósticos como: distimia, trastornos ansiosos y anorexia nervosa (Rief y cols. 1992). Asimismo, se ha utilizado en pacientes hospitalizados con cuadros psicóticos y cuadros neuróticos; poblaciones veteranas psiquiátricas con cuadros de ansiedad, depresión y esquizofrenia; en poblaciones no psiquiátricas y en poblaciones geriátricas sin que se hubiera realizado un análisis factorial. Existen también estudios en diferentes partes del mundo. (Holi y cols. 1998).

Esta escala se enfoca en la severidad de los malestares (síntomas). Valora síntomas referentes a diversas manifestaciones subjetivas que se experimentan durante el stress, la enfermedad y la tensión emocional. Incluye 90 reactivos que califican el grado o

intensidad del malestar en una escala donde 0= nada a 4= severo. El instrumento ha demostrado una buena validez, con una sensibilidad y especificidad entre el 80% al 90% .

Las 90 reactivos del SCL-90 se agrupan en las siguientes subescalas:

- 1.- Somatización (12 ítems)
- 2.- Obsesivo-Compulsivo (10 ítems)
- 3.- Sensibilidad interpersonal (9 ítems)
- 4.- Depresión (13 ítems)
- 5.- Ansiedad (10 ítems)
- 6.- Hostilidad (6 ítems)
- 7.- Ansiedad fóbica (7 ítems)
- 8.- Ideación paranoide (6 ítems)
- 9.- Tendencias psicóticas (Psicoticismo) (10 ítems)
- 10.- 7 ítems con síntomas diferentes y aislados.

¿Qué es lo que mide cada dimensión?:

La Somatización: refleja el malestar que surge de las percepciones corporales disfuncionales. Las quejas se enfocan en los sistemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y otros mas con fuerte mediación autonómica. La cefalea, lumbalgias y dolor así como el malestar localizado en la musculatura también son componentes así como lo son otros equivalentes somáticos de la ansiedad.

El enfoque de la dimensión obsesivo-compulsiva: es sobre los pensamientos, impulsos y acciones experimentadas como irresistibles, no intermitentes e indeseables por parte del individuo. También se incluyen las conductas que indican dificultad cognoscitiva.

La dimensión de la sensibilidad interpersonal: muestra los sentimientos de inferioridad e inadaptabilidad, particularmente en comparación con otros individuos. La auto-depreciación, sentimientos de inquietud, incomodidad importante durante las relaciones interpersonales, sentimientos de auto-conciencia y experiencias negativas relacionadas a la comunicación interpersonal son también fuentes típicas de malestar.

La dimensión de la depresión: mide los síntomas de afecto disfórico así como del humor ya que son signos de desinterés en los eventos de la vida, falta de interés y pérdida de la energía vital. Esta dimensión es un reflejo de los sentimientos de desesperanza y futilidad así como de otros correlatos cognoscitivos y somáticos de la depresión. Se incluyen varios reactivos que se refieren a la muerte y a la ideación suicida.

En la dimensión de la ansiedad: se incluyen como síntomas somáticos los siguientes: inquietud, nerviosismo y tensión.

La dimensión de la hostilidad: esta organizada alrededor de 3 categorías de conducta hostil que incluyen: pensamientos, sentimientos y acciones relacionadas.

La dimensión de la ansiedad fóbica: está representada por miedos de naturaleza fóbica dirigidas hacia estar lejos de casa, , espacios abiertos, multitudes y lugares públicos. También se incluyen reactivos que representan conductas fóbicas sociales.

En la dimensión de la ideación paranoide: se incluyen pensamientos característicos de paranoia: pensamiento proyectivo, hostilidad, suspicacia, centralidad, delirios, pérdida de la autonomía y grandiosidad.

La dimensión del tendencias psicóticas (psicoticismo): esta representada por sintomatología aguda y florida así como típicamente conductas vistas como mas oblicuas. De igual forma, se incluyen signos secundarios de conducta psicótica e indicaciones de estilos de vida esquizoide. (Derogatis 1983).

Las primeras 5 dimensiones fueron desarrolladas a través de estudios que emplearon el análisis factorial y las últimas 4 dimensiones fueron desarrolladas de manera racional y posteriormente validadas. (Derogatis y cols 1973). Los 3 índices globales que miden el malestar son: los Índice Global de Malestar (GSI), Índice de Síntomas Positivos para Malestar (PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (PST).

Las ventajas que ofrece el SCL-90 son: 1) provee un registro detallado y estandarizado por parte del paciente de manera cuantitativa en relación a la extensión del problema del mismo. Dado a que es reportada por el mismo paciente refleja claramente el punto de vista del paciente. 2) Permite comparar los cambios en la evaluación. 3) Ofrece una administración rápida y eficaz. 4) Ofrece un apoyo en la entrevista del paciente tanto para dirigirla así como para medir el progreso y planear el tratamiento. 5) Permite un alto grado de aceptación por parte del paciente. 6) Provee una evaluación multidimensional.

Algunos autores (Dinning y cols. 1977; Derogatis y cols. 1976) han propuesto una validación convergente para el SCL-90. Se ha demostrado validez discriminante por parte de este instrumento ya que las dimensiones que conforman al SCL-90 se han correlacionado de manera significativa a escalas análogas en comparación a las no análogas (Derogatis y cols. 1976). Cabe mencionar que Holi y cols. (1998) demostraron la utilidad de la versión traducida del SCL-90 en una población comunitaria y otra de la consulta externa del servicio de psiquiatría en Finlandia. La consistencia interna fue buena con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77 a 0.90. En la muestra comunitaria mayor de 40 años se encontraron puntaje consistentemente superiores a los del grupo menor de 40 años. En dicho estudio se encontró que el género no tuvo un efecto notable en los puntajes del SCL-90, aunque las pacientes femeninas presentaron puntajes mayores a los hombres en 2 de las subescalas. En relación a la interdependencia entre las dimensiones del cuestionario y las poblaciones en su estudio encontraron que estas se correlacionaron en un 0.67 para la población comunitaria y en un 0.57 para la muestra de pacientes. Se ha propuesto (Rief y cols. 1992; Clark y cols. 1983) que la estructura factorial del SCL-90 debe de establecerse para cada tipo nuevo de población en estudio, ya que depende del tipo de muestra en estudio. Por lo anterior, se han realizado diferentes tipos de poblaciones con el SCL-90: pacientes psiquiátricos de la consulta externa con distimia, trastornos por ansiedad y anorexia nervosa (Rief y cols. 1992); pacientes con psicosis y neurosis hospitalizados (Derogatis y cols. 1976); poblaciones con veteranos de guerra con ansiedad, depresión y esquizofrenia (Clark y cols. 1983).; poblaciones sanas sin problemas de tipo psiquiátrico

(Derogatis 1983); poblaciones geriátricas, en este último sin haberse realizado análisis factorial (Agbayewa 1990); y finalmente en poblaciones inmigrantes en diferentes países (Noh y cols. 1992).

Inventario de depresión de Beck (BDI)

El BDI se obtuvo a partir de observaciones clínicas sobre las actitudes y síntomas en pacientes con trastornos psiquiátricos depresivos. Las observaciones se redujeron de manera sistemática a 21 síntomas y actitudes. Estos son:

- 1.- Estado de ánimo
- 2.- Pesimismo
- 3.- Sensación de haber fracasado
- 4.- Falta de satisfacción
- 5.- Sentimientos de culpabilidad
- 6.- Sensación de ser castigado
- 7.- No agradarse a si mismo
- 8.- Auto-culparse
- 9.- Deseos suicidas
- 10.- Llorar
- 11.- Irritabilidad
- 12.- Aislamiento social
- 13.- Incertidumbre
- 14.- Distorsión de la imagen corporal}
- 15.- Inhibición en el trabajo
- 16.- Problemas para dormir
- 17.- Cansancio
- 18.- Pérdida del apetito
- 19.- Pérdida de peso
- 20.- Preocupación somática
- 21.- Pérdida de la libido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La escala de Depresión de Beck es uno de los instrumentos mas empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Este inventario incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser la seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener (Apiquián y cols. 2000). Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican una depresión severa. El tiempo de aplicación de la escala varía de 5 a 8 minutos. El BDI ha demostrado ser sensible a los cambios asociado a ensayos clínicos, técnicas psicoterapéuticas y una variedad de problemas médicos. Entre estos cabe mencionar que han sido estudiados tanto a pacientes extra como intrahospitalarios con diferentes diagnósticos tales como : cáncer prostático, prostatitis, obesidad con cirugía

cardiaca por revascularización, hemodiálisis, asma, parkinsonismo, hipotiroidismo, epilepsia y enfermedades dermatológicas por mencionar algunas. También se han realizado valoraciones con el BDI en pacientes con molestias abdominales así como en pacientes con úlceras duodenales y se ha encontrado que los pacientes con úlceras presentan mayor grado de depresión que el grupo control utilizado. Debe de tenerse especial cuidado con los pacientes con problemas médicos antes de concluir que el paciente médicamente enfermo esta deprimido (Beck y Steer. 1993).

Se ha encontrado que el BDI se correlaciona de manera significativa ($r= 0.65$) de manera clínica a los síntomas depresivos. La magnitud de la correlación entre los hallazgos clínicos y la puntuación con el BDI ha sido del 0.60 al 0.90 en diferentes tipos y tamaños de muestras. Las correlaciones entre el BDI con otras escalas psiquiátricas y psicológicas han sido estudiadas y estas han sido de 0.50 a 0.80. En cuanto a la validez discriminante, el BDI puede distinguir los diferentes tipos de depresión y puede diferenciar entre los diferentes tipos de diagnóstico psiquiátrico tales como esquizofrenia y depresión psicótica. Aunque, el BDI se asocia con las mediciones para la ansiedad. En cuanto a la estabilidad de la prueba, la prueba-reprueba del BDI parece ser bastante elevada de 0.70. Se ha encontrado que los coeficientes de estabilidad son mas elevados de acuerdo a la cantidad de tiempo que se le pida al paciente que describa su estado de ánimo. Es decir, a mayor cantidad coeficientes mas elevados. El BDI representa la correlación de 3 diferentes factores: actitudes negativas/suicidio, dificultad psicológica y motriz. Estos 3 factores describen los factores de segundo orden que representan la depresión de una manera global. Uno de los varios factores analíticos que ha sido reportado como una dimensión mayor es la auto-evaluación cognitiva. Se ha encontrado que el BDI tiene correlatos psicosociales, psicológicos, electrofisiológicos así como con los trastornos del sueño. Existen muchas aplicaciones trans-culturales del BDI ya que este ha sido traducido a diferentes idiomas (Beck y Steer, 1993).

El estudio Bonicatto y cols. (1998) realizado en Argentina representa el estudio de validación del BDI. A un total de 608 personas se les aplicó el BDI encontrándose una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach= 0.87), siendo este resultado congruente con lo reportado en otros estudios realizados con muestras de sujetos no psiquiátricos en Norteamérica y Europa (rango 0.73 a 0.92) (Beck y cols. 1988). La validez concurrente se obtuvo correlacionando las puntuaciones obtenidas en el BDI y las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión del SCL-90. La correlación entre estos dos instrumentos fue significativa ($r= 0.68$ y $p<0.000$): Por otro lado, el estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo y cols (1991) en el cual se aplicó el BDI a 96 pacientes que acudían al Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez". Se utilizó un punto de corte de 14. La sensibilidad fue 0.86 y la especificidad de 0.86. Posteriormente, en otro estudio, (Jurado y cols. 1998) se obtuvieron resultados estadísticos significativos que son compatibles con la bibliografía internacional, respecto al meta-análisis reportado por el propio Beck y cols (1988).

Por todo lo anterior, se puede concluir que la versión en español del BDI posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana debido a los diversos resultados clínicos obtenidos en

los estudios realizados en México y en otras poblaciones de habla hispana del mundo (Conde y cols. 1976).

El Inventario del Temperamento y Carácter (ITC)

El ITC evalúa 4 dimensiones mayores del temperamento (evitación al daño, búsqueda de lo novedoso, dependencia a la gratificación y persistencia) y 3 dimensiones principales del carácter (auto-dirección, cooperación y auto-trascendencia). Cada uno de estas dimensiones de carácter y temperamento se compone de facetas compuestas (o subescalas) para evaluar los patrones de respuesta asociada con estímulos específicos (p.ej la evitación al daño puede manifestarse como preocupación o pesimismo, temor a la incertidumbre, pena o fatiga dependiendo del estímulo). Incluye 7 sub-escalas y rasgos de sus componentes del ITC (véase cuadro 6).

El ITC es una familia de pruebas con varias versiones especializadas diseñada para diferentes tipos de informantes (auto-reporte o entrevistadores), varios grupos de edad (7 a 14 años es el llamado ITC Junior; y el ITC de adultos para personas de 15 o mas años), espectro de información (temperamento, carácter o ambos) y nivel de los detalles clínicos (144 reactivos tan solo para TDM o 295 reactivos para múltiples facetas de cada dimensión).

Originalmente, la prueba que medía solo el temperamento se llamaba Cuestionario de personalidad Tridimensional. Estas 3 dimensiones genéticas subyacentes de la personalidad son: búsqueda de lo novedoso, evitación al daño, dependencia a la gratificación. La búsqueda de lo novedoso se hipotetiza como una tendencia hereditaria hacia una excitabilidad en la respuesta de los estímulos novedosos o aumento de gratificaciones potenciales o alivio potencial al castigo, llevando a una actividad exploratoria frecuente para persuadir las gratificaciones potenciales así como la evitación activa de la monotonía y el potencial castigo. La evitación al daño es una tendencia heredable de responder de manera intensa a las señales de los estímulos aversivos, aprendiendo así a inhibir la conducta para evitar el daño, novedad y frustración no gratificante. La dependencia a la recompensa se ha hipotetizado ser una tendencia hereditaria para responder de manera intensa a las señales de la recompensa (particularmente las señales verbales de aprobación social, sentimiento y auxilio) y mantener o resistirse a la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con gratificaciones o alivios del castigo. La evitación al daño sirve como una influencia que modula tanto en la búsqueda a lo novedoso y conducta de búsqueda de lo gratificante, llevando a una inhibición de la exploración de situaciones no familiares y desconocidas así como la evitación pasiva del castigo y no gratificantes. Como resultado de esta influencia moduladora, influencias ambientales en la conducta de evitación al daño se comparten entre las 3 dimensiones. De manera mas específica, en respuesta a los estímulos novedosos, la dimensión de búsqueda de lo novedoso lleva a conductas activas de acercamiento, mientras la dimensión de evitación al daño lleva a conductas evitativas inhibidas o pasivas. Igualmente, en respuesta a lo no gratificación frustrante, dependencia a la gratificación predispone a búsqueda de la gratificación continua, mientras que la evitación al daño al daño predispone a la extinción de la conducta; otra vez, las conductas resultantes es el balance entre estas influencias en el mantenimiento y la extinción. Además, la dependencia a la gratificación predispone al mantenimiento de las actividades

familiares que han sido previamente gratificadas, mientras que la búsqueda a lo novedoso lleva a la iniciación de actividades no familiares que son potencialmente gratificante.

Los individuos que tienen conductas de búsqueda de lo novedoso por arriba del promedio y promedio en las otras 2 dimensiones se caracterizan por impulsividad, exploratorias, excitables, alto-temperamento, extravagantes y desordenado. Están ya comprometidos en nuevos intereses y actividades, pero tienden a negar los detalles y son fácilmente distraídos o aburridos. También son fácilmente provocados para pelear o "volar". En contraste, los individuos que tienen un promedio menor en conductas de búsqueda de lo novedoso; y el porcentaje en las otras 2 dimensiones que son caracterizados como lentos para comprometerse en nuevos intereses, frecuentemente se preocupan con detalles minuciosos y requieren de pensamiento considerable antes de tomar decisiones. Se describen típicamente como reflexivos, rígidos, leales, estoicos, poco-temperamentales, ordenados y persistentes. Los individuos que tienen conductas de evitación al daño por arriba del promedio y promedio en las otras 2 dimensiones se caracterizan por ser precavidos, tensos, aprensivos, temerosos, inhibidos, penosos, fácilmente se cansan y preocupaciones aprensivas. Aquellos que tienen conductas de evitación al daño por abajo del promedio y promedio en las otras 2 dimensiones son confidentes, relajados, optimistas, desinhibidos y enérgicos. Los individuos con conductas de dependencia a la gratificación por arriba del promedio y promedio en las otras 2 dimensiones se caracterizan clínicamente por esmerarse por ayudar a otros, persistentes, trabajadores, simpatía cálida, sentimentales y sensibles a los cambios sociales pero con capacidad de retrasar la gratificación con la expectativa de ser posteriormente recompensado. En contraste, aquellos que tienen dependencia a la recompensa por abajo del promedio se caracterizan por ser socialmente desprendidos, emocionalmente relajados, prácticos y emocionalmente independientes en lo que decidan hacer. Los sujetos que presentan poca dependencia a la recompensa si responden a gratificaciones prácticas tales como el dinero, pero son poco sensibles a las señales verbales de los reforzadores sociales y rápidamente se hacen indiferentes y terminan las actividades o relaciones que no sean por mas tiempo gratificantes. En contraste, los individuos con conductas altamente dependientes a la recompensa son altamente sensibles a los cambios sociales y también de persistir en su apetito incontrolado por la gratificación de la misma o similar manera mucho después del reforzamiento por señales secundarias de aprobación.

Estas 3 dimensiones reflejan la variabilidad en 3 diferentes sistemas cerebrales (búsqueda de lo novedoso: dopamina; evitación al daño: serotonina; dependencia a la gratificación: norepinefrina). Este cuestionario fue propuesta como un método de descripción clínica y clasificación de variantes de la personalidad normal y anormal. Las bases neuroanatómicas y genéticas de la variabilidad en estas dimensiones se consideran en relación a respuestas adaptativas al reto del medio ambiente. La interacción funcional de estas dimensiones lleva a patrones integrados de respuestas diferenciales a lo novedoso, castigo y recompensa. La posibles combinaciones tridimensionales de variantes extremas (altas o bajas) en estas respuestas características de estímulos básicos corresponden estrechamente a las descripciones de los trastornos de la personalidad. La implicación mas básica de este abordaje es que los puntajes cuantitativos de las dimensiones e la personalidad pueden ser utilizados en conjunto con las etiquetas categóricas (Cloninger 1987).

El nombre de esta prueba se cambió por el actual (Inventario de Temperamento y Carácter) cuando se agregaron las escalas del carácter y estas persistieron hasta reconocerse como una cuarta escala. Esta última llamada persistencia es un reflejo del sesgo hereditario en el mantenimiento de la conducta a pesar de la frustración, fatiga y reforzamiento intermitente. Es observado como una persona trabajadora, determinante, ambiciosa y perfeccionista. Una alta persistencia es una estrategia conductual adaptativa cuando las gratificaciones son intermitentes pero las contingencias se mantienen estables. Pero cuando la contingencia cambia rápidamente la perseverancia se convierte en una respuesta mal adaptativa. Los individuos con poca persistencia son inactivos, inestables y erráticos. Tienden a rendirse fácilmente cuando se enfrentan a la frustración. Raramente, se esfuerzan para lograr metas y manifiestan poca perseverancia aún cuando la respuesta es intermitente. La versión de auto-reporte del ITC tiene 295 reactivos para ser contestada como una prueba de falso/verdadero.

La habilidad del ITC para predecir síntomas categóricos y diagnosticar trastornos de la personalidad fue probada en poblaciones clínicas de pacientes psiquiátricos hospitalizados y de la consulta externa con o sin trastornos de la personalidad así como estado de ánimo fluctuante y estados ansiosos. Los puntajes bajos en las dimensiones del carácter, especialmente las de auto-dirección y cooperación se asociaron con trastornos de la personalidad en general así como para uno de los clusters del DSM-IV para trastornos de la personalidad.

Los puntajes bajos se han correlacionado con los síntomas de cada subtipo de trastorno de la personalidad. Los puntajes bajos en los rasgos del carácter representan una característica central que se extiende entre los clusters y subtipos de trastornos de la personalidad. Además, 4 rasgos del temperamento se correlacionan con cada subtipo de trastorno de la personalidad para que así de esta forma los subtipos de los trastornos de la personalidad se distinguen de acuerdo a los puntajes del temperamento sin confundirse uno con el otro.

Los análisis de regresión han confirmado que las escalas del carácter del ITC (auto-dirección, cooperación y auto-trascendencia) predicen el número de síntomas de los trastornos de la personalidad después de controlar la edad, ansiedad y depresión. Los resultados tienen ramificaciones críticas en cuanto al diagnóstico y al tratamiento para los trastornos de la personalidad.

Cuadro 6.

Escalas y Sub-escalas del Inventario del Temperamento y Carácter (ITC)

I.- Temperamento

Evitación al daño (HA)

HA1: Preocupación y pesimismo vs. Optimismo

HA2: Miedo a lo desconocido vs confianza

HA3: Timidez vs gregarismo

HA4: Fatigabilidad y astenia vs vigor

Búsqueda de lo novedoso (NS)

NS1: Excitabilidad exploratoria vs rigidez

NS2: Impulsividad vs reflexión

NS3: Extravagancia vs discreción

NS4: Desorden vs restricción

Dependencia a la recompensa (RD)

RD1: Sensibilidad vs insensibilidad

RD2: Persistencia vs irresolución

RD3: Apego vs separación

RD4: Dependencia vs independencia

Persistencia (PS)

PS1: Esmero para esforzarse vs cansancio

PS2: Trabajo endurecido vs trabajo perdido

PS3: Ambición vs poco aprovechamiento

PS4: Perfeccionismo vs pragmatismo

II Carácter

Autodirección (SD)

SD1: Responsabilidad vs culpabilidad

SD2: Determinación vs sin dirección

SD3: Con recursos vs apatía

SD4: Autoaceptación vs luchar interna

SD5: Congruencia con ideales

Cooperatividad (CO)

C1: Aceptación social vs intolerancia

C2: Empatía vs desinterés social

C3: Capacidad de ayuda vs incapacidad

C4: Compasión vs venganza

C5: Integridad vs falta de escrúpulos

Autotrascendencia (ST)

ST1: Concentración creativa vs conciencia

ST2: Identificación transpersonal vs auto-diferenciación

ST3: Aceptación espiritual vs materialismo racional

ST4: Sorprendido vs objetivo

ST5: Idealista vs práctico

Los rasgos del temperamento y el carácter delimitan tanto las características centrales así como los rasgos que distinguen a los trastornos de la personalidad. Los rasgos del carácter pobremente desarrollados, en especial la auto-dirección y la cooperatividad, son un común denominador a lo largo de todos los subtipos de trastornos de la personalidad. Junto con la auto-trascendencia, los rasgos del carácter predicen los síntomas de los trastornos de la personalidad de manera categórica.

De manera clínica, esto explica las dificultades crónicas en la aceptación de la responsabilidad, establecer metas a largo plazo, tener una estima frágil, y otras características asociadas con baja auto-dirección. Generalmente (pero no siempre), estos pacientes son también poco cooperativos (p.ej. rencorosos, oportunistas, auto-centrados, intolerantes socialmente, de poca ayuda para otros y carecen de empatía, compasión o principios). La auto-trascendencia se correlaciona con los síntomas esquizotípicos y paranoides (procesos de pensamiento primario y fanatismo respectivamente) y con subtipos de personalidad caracterizados por disociación y fluctuaciones en el estado de ánimo (p.ej. limitrofe, histriónico). Además, la auto-trascendencia parece ser un componente crítico en la definición de la susceptibilidad subyacente para la psicosis (cuando los otros rasgos son muy bajos) o creatividad elevada (cuando los otros dos rasgos del carácter son muy elevados). La auto-dirección no siempre protege contra los trastornos de la personalidad. Algunas personas antisociales o narcisistas pueden contar con recursos, auto-disciplinados y exitosos, pero su baja cooperatividad (p.ej. intolerancia, rencor, baja empatía, etc) los hace ser mal adaptados (Sadock y cols. 2000).

Svrakic y cols.(2001) han propuesto al ITC como una herramienta que puede diagnosticar trastornos de la personalidad y diferenciarlos en subtipos individuales a través de los rasgos del temperamento y el carácter. Los rasgos del carácter son utilizados para diagnosticar y detectar la severidad del trastorno de la personalidad, mientras que el temperamento ha sido utilizado para poder realizar diagnóstico diferenciales de los trastornos de la personalidad. La distinción entre el temperamento y el carácter provee una base teórica para las propuestas etiológicas y terapéuticas de los trastornos de la personalidad.

Se han evaluado las propiedades psicométricas del ITC en diferentes poblaciones. Uno de estos estudios es el de Gutiérrez y cols (2001). Ellos evaluaron a 416 pacientes, de los cuales el 63.7% eran hombres con una edad promedio de 31.7 años. Con el fin de incrementar la validez externa se estudiaron a diferentes poblaciones diferentes de pacientes: pacientes con abuso de sustancias (intra y extrahospitalarios), pacientes con trastornos de predominio ansioso-depresivos, pacientes con trastornos de la personalidad y pacientes psiquiátricos de la consulta externa (n: 165). Se evaluó la consistencia interna, estructura factorial y validez concurrente del ITC. Ellos encontraron que en general la consistencia interna de la versión en español del ITC es adecuada. Solo se reporta que la subescala de persistencia ha sido débil en cuanto a la consistencia interna. Probablemente, lo anterior se deba a que esta subescala solo tenga 8 reactivos, sobre todo si se considera que se requieren al menos de 20 reactivos para las escalas de segundo orden si se pretendiera obtener coeficientes alfa.

Por otro lado, en un estudio comparativo (Sánchez de Carmona y cols.1996) se reportan los promedios y desviaciones estándar para la población mexicana de cada una de las subescalas del ITC. Se determinó la consistencia interna del instrumento global y de cada una de sus escalas y subescalas mediante el α de Cronbach. Para lo anterior, se valoraron a 269 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad. De esta cantidad 125 sujetos fue captada de los aspirantes al primer año de una escuela de medicina. La otra parte (144 sujetos) se obtuvo de un centro cultural en la ciudad de México al cual asistían de manera abierta. A través de una prueba-reprueba de traducción inglés-español y viceversa por diferentes personas se realizó la traducción del ITC, valorándose posteriormente por 3 psiquiatras ajenos al proyecto. Posteriormente, se realizó un pilotaje con una muestra de 20 médicos y personal que labora en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (ahora llamado Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente") y 20 pacientes de la consulta externa del INPRF. A partir de estas versiones preliminares se conformó la traducción final. Los resultados de las subescalas de temperamento y de carácter, fueron similares a los reportados por Cloninger. El valor más bajo de la α de Cronbach encontrado correspondió a la subescala del carácter C3. La traducción al español del ITC se comportó desde el punto de vista psicométrico en forma similar a la reportada para la versión original. A pesar de las diferencias culturales, el instrumento conserva de una manera bastante sólida la consistencia descrita por sus autores.

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Los datos de los pacientes fueron ingresados al sistema Foxbase para posteriormente realizarse: promedios, desviaciones estándar, pruebas t de student y ji cuadrada con el sistema SAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• **RESULTADOS**

De 130 pacientes en total que tenían diagnóstico de SCI o CUCI y que acudieron o debieron de haber acudido a sus consultas de control al servicio de gastroenterología (INCMNSZ), solo se incluyeron a 62 que si reunieron los criterios de inclusión. 68 de ellos no entraron al estudio por diferentes causas.(ver cuadro 7). Se les aplicó el ITC, BDI, SCL-90 y formato de datos clínicos y sociodemográficos. Solo a 46 (74.19%) pacientes, solo a los restantes 16 (25.80%) pacientes no se les pudo aplicar el SCL-90 ya que este grupo de pacientes había sido previamente valorado por parte de otro protocolo de investigación el INCMNSZ.

Cuadro 7. Características de pacientes excluidos	n
Mayores de 65 años	17
No acudieron	23
No pudieron por falta de tiempo	7
Diagnóstico psiquiátrico	7
No quisieron participar	14
Total	68

La distribución de los pacientes por sexo fue la siguiente: mujeres:48 (77.42%) y hombres: 14 (22.58%). La edad promedio de los pacientes fue de 41.8 años (\pm 13.2 años de; rango: 17 años-65 años). El promedio de la escolaridad dada en años fue de 10.85 años (3.67 de; rango:3 años-19 años).

Distribución de pacientes por edad y sexo						
Sexo	n	Edad promedio	desviación estándar	grados libertad	prueba t	p
Femenino	48	43.60417	12.87871	60	1.97	>0.0534
Masculino	14	35.85714	13.17257			
Total	62	41.85484	13.24529			

Distribución de los pacientes de acuerdo a escolaridad y sexo

Sexo	n	Escolaridad promedio	Desviación estándar	grados libertad	prueba t	p
Femenino	48	10.89583	3.843976	60	0.16	>0.8725
Masculino	14	10.71429	3.172686			
Total	62	10.85484	7.016662			

También se investigó la distribución de los pacientes de acuerdo al nivel socioeconómico asignado. El nivel 1 corresponde al mas bajo (y el nivel 7 el mas alto). Los pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: nivel 1: 4(6.45%), nivel 2: 16 (25.81%), nivel 3: 24 (38.71%), nivel 4: 13 (20.97%), nivel 5: 3 (4.84%), nivel 6: 1 (1.61%), nivel 7: 1 (1.61%). La distribución del sexo de acuerdo al nivel socioeconómico no resultó ser significativa (Pearson $\chi^2(6)$: 6.4935; p :0.370).

Resultados de la comparación de las subescalas de temperamento entre pacientes con SCI (n:34) y pacientes con CUCI (n:28). n total: 62

Variable	promedio	de	T	P
NS1P	5.6612903	2.0320671	1.5872	$p > 0.1177$
NS2P	3.6774194	1.8267071	-0.9730	$p > 0.3345$
NS3P	4.3387097	2.2098405	-0.3995	$p > 0.6909$
NS4P	3.2580645	1.5033894	-0.0380	$p > 0.9698$
NSTP	16.9354839	4.8851430	0.0936	$p > 0.9257$
HA1P	4.9677419	2.3675937	-0.4387	$p > 0.6625$
HA2P	5.0322581	1.4368424	-1.6015	$p > 0.1145$
HA3P	3.7903226	2.4099323	-2.0802	$p > 0.0418$
HA4P	4.8870968	2.3406937	-0.0907	$p > 0.9280$
HATP	18.6774194	6.5330790	-1.2949	$p > 0.2003$
RD1P	6.5967742	2.0200607	-0.9736	$p > 0.3342$
RD3P	4.1935484	2.2090626	-0.0480	$p > 0.9618$
RD4P	3.5967742	1.3725611	-0.3155	$p > 0.7535$
RDTP	14.3870968	3.4987344	-0.7148	$p > 0.4775$
PERP	4.9032258	1.5226129	-1.0553	$p > 0.5323$

Resultados de la comparación de la escala de Beck de depresión entre pacientes con SCI (n:34) y pacientes con CUCI (n:28). n total:62

Diagnóstico	promedio	de	T	p
CUCI	16.17857143	11.14235686		
SCI	14.41176471	10.92430609	0.6281	p>0.5323

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados de la comparación de la escala SCL-90 de depresión entre pacientes con SCI (n:25) y pacientes con CUCI (n:20).

n total:45

Variable: SOMATIZACIÓN

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.98750000	0.54361996		
SCI	25	1.27000000	0.74429932	-1.4200	p>0.1628

Variable: OBSESIVO COMPULSIVO

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	1.15000000	0.69924772		
SCI	25	1.41600000	0.78458057	-1.1853	p>0.2424

Variable: SENSIBILIDAD INTERPERSONAL

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.85555556	0.49441323		
SCI	25	0.92444444	0.68697464	-0.3768	p>0.7082

Variable: DEPRESIÓN

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	1.24615385	0.78747593		
SCI	25	1.20923077	0.85845373	0.1487	p>0.8825

Variable: ANSIEDAD

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.77500000	0.57204619		
SCI	25	1.02000000	0.59371710	-1.3978	p>0.1693

Variable: HOSTILIDAD

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.83333333	0.67538163		
SCI	25	0.88000000	0.67789161	-0.2298	p>0.8193

Variable: ANSIEDAD FÓBICA

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.49285714	0.61397089		
SCI	25	0.80000000	0.56844459	-1.7382	p>0.0893

Variable: IDEACIÓN PARANOIDE

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.97500000	0.67381041		
SCI	25	0.95333333	0.60956876	0.1131	p>0.9105

Variable: TENDENCIAS PSICÓTICAS

Diagnóstico	n	promedio	de	T	p
CUCI	20	0.60000000	0.37556974		
SCI	25	0.66800000	0.52338641	-0.4886	p>0.6276

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• CONCLUSIONES

Se realizó un estudio comparativo de pacientes con SCI (n:34) vs CUCI (n:28) con el fin de encontrar y confirmar diferencias significativas en el temperamento así como psicopatológicas (eje I). Lo anterior, con el fin de confirmar lo reportado en la literatura para los TFD, específicamente en este caso para SCI. Se decidió realizar el estudio comparativo con pacientes con CUCI por varias razones: 1) ambos presentan dolor abdominal crónico y recurrente; 2) en ambos grupos se presenta afección del mismo sitio (aunque queda claro que los pacientes con CUCI tienen afección predominante del intestino grueso); 3) se ha reportado que en ambos grupos existe ciertos grados de psicopatología.

Sin embargo, contrario a lo que se ha reportado en la literatura en este estudio no se encontraron diferencias estadísticas en las variables de estudio: temperamento, severidad de la psicopatología y depresión a través del ITC, SCL-90 y BDI. Se hubiera esperado encontrar diferencias particularmente en las subescalas de somatización, depresión y ansiedad ya que estas se han sido reportadas como elevadas en pacientes con TFD que acuden a consultar a servicio especializados para este tipo de problemas.

Considerando que al total de la muestra se le aplicó el ITC llama la atención no haber encontrado hallazgos significativos para ninguno de los dos grupos ya que se le ha dado una connotación predominantemente biológica al temperamento.

Existen varias posibilidades que pudieran tratar de explicar los resultados obtenidos:

- 1.- La cantidad de pacientes incluidos pudo haber sido insuficiente
- 2.- El estudio realizado fue transversal y no hubo seguimiento para poder estudiar el fenómeno por mas tiempo.
- 3.- Al ser pacientes del servicio de gastroenterología pudo haber existido sesgo de veracidad o de recuerdo por parte de los pacientes; ya que podría ser mas fácil reportar síntomas psiquiátricos por los mismos pacientes dependiendo del medio.
- 4.- Pudo haber influido el estado físico del paciente en el momento de la valoración y por consecuencia de esto dependerían considerablemente las respuestas del paciente a la evaluación.
- 5.- Debe de tenerse en cuenta la cronicidad del padecimiento de base (CUCI o SCI) en los pacientes evaluados, ya que este es otro factor que influye en la presencia o ausencia de psicopatología de los pacientes.
- 6.- Deben de tomarse en cuenta la existencia de otros tipos de herramientas clinimétricas para la evaluaciones de las variables estudiadas, ya que si bien existe amplia literatura que reportan hallazgos psicopatológicos de importancia en pacientes con estos diagnósticos, en esta población no fue así.

No podríamos generalizar los resultados obtenidos a la población que presenta cualquier otro tipo de TFD que no sea el SCI, ya que la muestra incluida no es representativa aunado a el hecho de que la gran mayoría de estos pacientes presentaban comorbilidad médica con otros padecimientos médicos. Por esta última razón hubiéramos esperado, como lo refiere la literatura, encontrar con mayores posibilidades comorbilidad psiquiátrica pero no fue así.

Debe de hacerse especial mención al hecho de que no se reportó en este estudio los resultados del carácter evaluados a través del ITC, ya que nos enfocamos al estudio del temperamento ya que nuestra hipótesis era que, específicamente, el temperamento pudiera tener un patrón característico en pacientes con el SCI.

Estos resultados, contemplarían la teoría de que la comorbilidad psiquiátrica necesariamente debe de asociarse al diagnóstico de SCI per se si no mas bien a las características del paciente y por ende apoyaría la idea de que el SCI es posiblemente un trastorno diferente a los trastornos psiquiátricos (Drossman y cols. 1988). No debemos de olvidar los modelos psicobiológicos que se han mencionado como constructos que nos ayudan a comprender mejor la presentación de problemas médicos estrechamente relacionados a los emocionales.

REFERENCIAS

- Agbayewa MO. An explanatory use of the Symptom Checklist-90 in a mixed geriatric study group. *Journal of the American Geriatric Society*. 1990; 38:773-776.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th rev. ed. Washington, DC; 2000:486-489.
- Apiquián R., Fresán A., Nicolini H. Evaluación de la psicopatología. Escalas en Español. Ciencia y Cultura Latinoamericana S.A. de C.V. Ed., 1^a Ed. 2000.
- Beck AT., Steer RA., Garbin M. Psychometric properties of the BDI: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8:77-100.
- Beck AT., Steer RA. *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation, San Antonio Tx; 1993
- Bonfils S., de M'Uzan M. Irritable bowel syndrome vs ulcerative colitis: psychofunctional disturbance vs Psychosomatic disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 1974; 18:291-296.
- Bonicatto S., Dew AM., Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish versions of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Research*. 1998; 79:277-285.
- Bruce RB, Nutt, Lydiard, Roose, Mayer, Ballenger, Davidson. Irritable bowel syndrome, anxiety and depression. What are the links? *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(8):38-47.
- Burke P., Elliot M., Fleissner R. Irritable Bowel Syndrome and Recurrent Abdominal Pain. *Psychosomatics*. 1999; 40(4): 277-285.
- Christensen J. Pathophysiology of the irritable bowel syndrome. *Lancet*. 1992;340(12):1444-1451.
- Clark A., Friedman MJ. Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*. 1983; 47: 396-404.
- Cloninger CR., Przybeck TR., Svrakic DM., Wetzel R. *The Temperament and Character Inventory: A Guide to Its Development and Use*. Center for Psychobiology of personality, Washington University, St. Louis, 1994.
- Cloninger CR., A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Archives of General Psychiatry*. 1987;44:573-588.

- Clouse RE. Anxiety and gastrointestinal illness. *Psychiatry Clinics of North America*. 11:399-517, 1988.
- Conde N., Esteban T., Useros E. Estudio crítico de la fiabilidad y validez de la EEC de Beck para la medida de la depresión. *Archivos de Neurología* 39: 313-338.
- Craig TKJ., Brown GW. Goal frustration and life events in the aetiology of painful gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 1984; 28(5): 411-421
- Derogatis LR., Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*. 1977; 33: 981-989.
- Derogatis LR., Lipman RS., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology*. 1973;9:13-28.
- Derogatis LR. SCL-90-R administration, scoring and interpretation manual. II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.
- Derogatis LR., Rickels K., Roch AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*. 1976; 129:280-289.
- Derogatis LR., Melisaratos N. The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychol Medicine*. 1983; 13:595-605.
- Dinning WD., Evan RG. Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1977; 41:304-310.
- Drossman DA., Sandler RS., McKee DC., et.al Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology*. 1982;83:529-534.
- Drossman DA, editor. The functional gastrointestinal disorders. Boston alaittle, Brown: 1994.
- Drossman DA. Clinical research in the functional digestive disorders. *Gastroenterology*. 1987; 92:1267-1269.
- Drossman DA. Thompson WG., Talley NJ. Funch-Jensen P. Jannsens J, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology International*. 1990; 3:159-172.
- Drossman DA., McKee DC., Sandler RS., Mitchell CM., Cramer EM., Lowman BC., Burger AL. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1988. 95:701-708.

- Drossman DA. The psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Stress Medicine*. 1986; 2:119-128.
- Drossman DA. Editorial: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 1996;22(4): 252-254.
- Drossman DA., Whitehead WE., Toner BB., Diamant N., Hu YJ., Bangdiwala SI., Jia H. What determines severity among patients with painful functional bowel disorders. *American Journal of Gastroenterology*. 2000; 95:974-980.
- Drossman D. Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model. *Psychosomatic Medicine*. 1998;(60):258-267.
- Drossman D., Li Z., Andruzzi E., Temple RD., Talley NJ., Thompson WG., Whitehead WE., Jannsen S j., Funch-Jensen P., Corazziari E. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography, and health-impact. *Digestive Diseases and Sciences*. 1993;38:1569.
- El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: A systematic review. *Aliment-pharmacol-Therapy*. 2002;16(6):1171-1185
- Engel GL. Studies of ulcerative colitis, IV: the significances of headaches. *Psychosomatic Medicine*. 1956; 18:334-346.
- Engel GL. Psychological factors and ulcerative colitis (letter). *British Medical Journal*. 1967; 4:56.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137:535-544.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
- Epstein SA., Wise TN., Goldberg RL : Gastroenterology, in *Psychiatric Care of the Medical Patient; 2nd Edition*, edited by Stoudemire A., Fogel BS. New York, Oxford University Press (in press).
- Feldman F., Cantor D., Soll S., et.al. Psychiatric study of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis. *British Medical Journal*. 1967; 3:14-17.
- Folks DG., Kinney FC. The Role of Psychological Factors in Gastrointestinal Conditions. *Psychosomatics*. 1992; 33(3):257-270.
- Ford MJ., Miller PM., Eastwood J. et.al Life events, psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1987; 28:160-165.

- Gruber AJ., Hudson J., Pope HG. The Management of Treatment-Resistant Depression in Disorders on the Interface of Psychiatry and Medicine. *The Psychiatric Clinics of North America*. 1996;19(2):351-369.
- Guthrie EA., Creed FH., Whorwell PJ., Tomenson B. Outpatients with irritable bowel syndrome: a comparison of first time and chronic attenders. *Gut*. 1992; 33:361-363.
- Gutiérrez F., Torrens M., Boget T., Martín-Santos R., Sangorrín J., Pérez G., Salamero M. Psychometric properties of the Temperament and Carácter Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;103:143-147.
- Hamm LR., Sorrells SC., Harding JP., Northcutt AR., Heath AT., Kapke GF., Hunt CH., Mangel AW. Additional Investigations Fail to Alter the Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome in Subjects Fulfilling the Rome Criteria. *The American Journal of Gastroenterology*. 1999;94(5):1279-1282.
- Harris SM. Irritable bowel syndrome. *Postgraduate Medicine*. 1997;101(3): 215-226.
- Heaton KW., O'Donnell LJD., Braddon F., Mountford RA., Hughes AO., Crips PJ. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters. *Gastroenterology*. 1992; 102:1962-1967.
- Heaton KW., Gosh B., Braddon FEM. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective controlled study with emphasis on stool form. *Gut*. 1991;32:73-79.
- Helzer JE. Psychiatric aspects of inflammatory bowel disease, in Colon, Rectal, and Anal Surgery: Current Techniques and Controversies. Edited by Kodner IJ. Fry RD, Roe JP. St. Louis, CV Mosby, 1985.
- Herschbach P., Gerhard H., Von Rad M. Psychological Factors in Functional Gastrointestinal Disorders: Characteristics of the Disorder or of the Illness Behavior? *Psychosomatic Medicine*. 1999; 61:148-153.
- Holi MM., Sammallhati PR., Aalberg VA. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998;97:42-46
- Hornsby LG. Ulcerative colitis: a contemporary overview. *Diseases of the Nervous System*. 1970; 31:338-343.
- Houghton LA., Jackson NA., Whorwell PJ., Morris J., Male sex hormones protect a irritable bowel syndrome? *American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(9):2296-2301

- Hudson JI, Pope HG Jr. Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147:552-564.
- Hurst AF. Constipation and Allied Intestinal Disorders , OXFORD, Oxford University Press, 1921.
- Jackson JL., O'Malley PG., Tomkins G., Balden E., Santoro J., Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *American Journal of Medicine*. 2000;108:65-72.
- Jones KR., Palsson OS., Levy RL., Feld AD., Longstreth GF., Bradshaw BH., Drossman DA., Whitehead WE. Comorbid disorders and symptoms in irritable bowel syndrome (IBS) compared to other gastroenterology patients. *Gastroenterology*. 2001; 120 (Suppl 1): A66.
- Jurado S., Villegas ME., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V., Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21(3): 26-31.
- Kearns NP., Cruikshank CA., McGuigan KJ., Riley SA., Shaw SP., Snaith RP. A comparison of depression rating scales. *British Journal of Psychiatry*. 1982. 141: 45.
- Lembo T., Naliboff B., Munakata J., Fullerton S., Saba L., Tung S., Schmulson M., Mayer EA. Symptoms and Visceral Perception in patients With Pain-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 1999;94(5):1320-1326.
- Liss JL., Alpers D., Woodruff RA. The irritable colon syndrome and psychiatric illness. *Diseases of the Nervous System*. 1973;34:151-157.
- Lydeard S., Jones R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters. *J R Coll General Practitioners*. 1989; 39:495-498.
- Lydiard RB., Greenwald S., Weissman SS., Johnson J., Drossman DA., Ballenger JC. Panic disorder and gastrointestinal symptoms: Findings from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *American Journal of psychiatry*. 1994;151:64.
- Lourens PJD. Crohn's disease, ulcerative colitis, and psychology. *Ala J Med Sci*. 1973; 10:285-294.
- Manning AP., Thompson WG., Heaton KW., Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal*. 1978; 2:653-654.

- Massand PS., Kaplan D., Gupta S., Bhandary A. Irritable Bowel Syndrome and Dysthymia. *Psychosomatics*. 1997;38 (1):63-69.
- Mendeloff AI, Monk M., Siegal CI, et al. Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *New England Journal of Medicine*. 1970 ;282:14-17.
- Mitchell CM., Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 1987;92:2-4.
- Morlet A. Aspectos psiquiátricos en enfermedades gastrointestinales, en Salin-Pascual, Psiquiatría en Medicina Interna. Pp.59-76. Ed. Mc Graw Hill., 1a edición., México. 2003.
- Morris C. Nonulcer dyspepsia. *Psychosomatic Research*. 1991; 35:129-140.
- Morris RK., Ahmed M., Wearden AJ., Mullis R., Strickland P., Appleby L., Campbell IT., Pearson D. The role of depression in pain, psychophysiological syndromes and medically unexplained symptoms associated with chronic fatigue syndrome. *Journal of Affective Disorders*. 1999; 55:143-148.
- Moser G., Tillinger W., Sachs G., et al Relationship between the use of unconventional therapies and disease-related concerns: A study of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996; 40:503-509.
- Murray JB. Psychological factors in ulcerative colitis. *Journal of General Psychology*. 1984; 110: 201-221.
- Murray RN., Rubel A. Physicians and healers-Unwitting partners in health care. *New England Journal of Medicine*. 1991;326:61-64.
- Naliboff BD., Munakata J., Chang L., Mayer EA. Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in IBS. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998;45:485-492.
- Noh S., Avison WR. Assessing psychopathology in Korean immigrants: some preliminary results on the SCL-90. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1992; 37:640-645.
- North CS., Clouse RE., Spitzangel EL., Alpers DH. The relationship of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147 (8):974-981.

- North CS., Alpers DH., Thompson SJ., Spitznagel EL. Gastrointestinal symptoms and psychiatric disorders in the general population. Findings from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Digestive Diseases and Sciences*. 1996; 41:633.
- Osler W. The principles and practice of medicine: Designed for the use of practioners and students of medicine, New York, Appleton D, 1892.
- Rawsthorne P., Shanahan F., Cronin N., Anton PA., Löfberg R., Bohman I., Bernstein CN. An International Survey of the Use and Attitudes Regarding Alternative Medicine by patients With Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*. 1999;94(5):1298-1303.
- Rief W., Fichter M. The Symptom Check-List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders and anorexia nervosa. *Psychopathology*. 1992;25: 128-138.
- Sadock BJ., Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Lipincott Williams & Williams.2000.
- Sánchez de Carmona M., Páez F., López J., Nicolini H. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter. *Salud Mental*. 1996;19(Suppl.Oct):5-9.
- Sandler RS., Drossman DA., Nathan HP., McKee DC. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*. 1984;87:314-318.
- Sandler R., Epidemiology of Irritable. Bowel Syndrome in the United States. *Gastroenterology*. 1990;99:409-415.
- Simrén M., Axelsson J., Gillberg R., Abrahamsson H., Svedlund J., Björnsson ES. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease in Remission: The Impact of IBS-Like Symptoms and Associated Psychological Factors. *American Journal of Gastroenterology*. 2002;97:389-396.
- Smart HL., Mayberry JF., Atkinson M. Alternative medicine consultation and remedies in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1986; 27: 826-828.
- Smith GJW., Meer VDR., Ursing B., Prytz H., Benoni C. Psychological profile of patients suffering from Crohn's disease and ulcerative colitis. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 1995; 92:187-192.
- Sperling M. Symposium on disturbances of the digestive tract, II: unconscious phantasy life and object-relationships in ulcerative colitis. *International Journal of Psychoanalysis*. 1960;41:450-455

- Steer RA., Beck AT., Garrison B. Applications of the Beck Depression Inventory. Assessment of Depression. Pp: 123-141. Ed. Sartorius N., Ban T: World Health Organization. 1986.
- Svrakic DM., Draganic S., Hill K., Bayon C., Przybeck TR., Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:189-195.
- Switz DM: What the gastroenterologist does all day: a survey of a state societies practice. *Gastroenterology*. 1976; 70: 1048-1050.
- Tache Y, Martínez V, Million M, Wang L. Stress and the gastrointestinal tract III. Stress-related alterations of gut motor function: role of brain corticotropin-releasing factor receptors. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2001;280(2):G173-177.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C: Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991;101(4):927-934.
- Thompson JG., Dotevall G., Drossman DA., et.al Irritable bowel syndrome : guidelines for the diagnosis. *Gastroenterology International*. 1989;2:92-95.
- Thompson WG, Creed F., Drossman DA, et.al. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterology International*. 1992;5:75-91.
- Thompson WG. Functional bowel disorders and functional abdominal pain, in The Functional Gastrointestinal Disorders, edited by Drossman DA. Boston MA, Little, Brown, 1994, pp.115-173.
- Tolliver BA., Herrera JL., Di Palma JA. Evaluation of Patients Who meet Criteria for Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 1994;89:176-178.
- Toner BB., Garfinkel PE., Jeejeebhoy KN. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1990; 35:158-161.
- Torres-Castillo M., Hernández-Malpica E., Ortega-Soto H. Validez y reproducibilidad del inventario para la depresión de Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Mental*. 1991; 14(2):1-6.
- Verhoef MJ., Sutherland LR., Brkich L. Use of alternative medicine consultations and remedies in patients with irritable bowel syndrome. *Canadian Medical Association Journal*. 1990; 142:121-125.
- Walker EA., Katon WJ., Jemelka RP., Roy-Byrne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *American Journal of Medicine*. 1992;92:26S.

- Weinryb RN., Gustavsson JP., Asberg M et.al The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 1992; 85:153-162.
- Whitehead WE., Schuster MM. Gastrointestinal disorders: behavioral and physiological basis for treatment. New York: Academic, 1985.
- Whitehead WE., Engel BT., Schuster MM. Irritable bowel syndrome: physiological differences between diarrhea-predominant and constipation-predominant patients. *Digestive Diseases and Sciences*. 1980;25:404-413.
- Whitehead WE. Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002;122(4):1140-1156.
- Whitehead WE., Crowell MD., Robinson JC., Heller BR., Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut*. 1992; 33:825-830.
- Whitehead WE., Bosmajian L., Zonderman AB., Costa PT., Schuster MM. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology*. 1988; 95:709-714.
- Whitehead WE, Schuster MM. The treatment of functional gastrointestinal disorders, in *The Psychosomatic Approach to Illness*. Edited by Gallon RL., New York, Elsevier-North Holland, 1982.
- Whitehead WE., Palsson O., Jones KR. Systematic Review of the Comorbidity of the Irritable Bowel Syndrome With Other Disorders: What are the Causes and Implications? *Gastroenterology*. 2002;122: 1140-1156.
- Wingate DL. The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America*. 1991;20:351-361.
- Young SJ., Alpers D., Norland C., Woodruff RA. Psychiatric Illness and the Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 1976;70: 162-166.
- Zaman A. Irritable bowel syndrome. *Clinical Cornerstone*. 2002;4(4):22-31.
- Zaman MS., Chavez NF., Krueger R., Talley NJ., Lembo T. Extraintestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Gastroenterology*. 2001; 120 (Suppl 1):A636.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN