

UN ESTUDIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES EN PACIENTES CON SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

J. Moreno-Romo (*)

C. Botella (*)

M. Bixquert ()**

(*) UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLÓ

(**) UNIVERSIDAD DE VALENCIA

RESUMEN

La presente investigación fue diseñada para estudiar los acontecimientos vitales en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII). Cincuenta pacientes diagnosticados de intestino irritable se compararon con cincuenta sujetos sanos. Todos fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada. Los resultados indicaron que los pacientes con SII superaban de forma significativa a los sujetos sanos en acontecimientos vitales negativos. Además, los pacientes con intestino irritable presentaron una "conducta anormal de enfermedad" y patrones familiares de enfermedad. Estos factores pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento del SII.

Palabra clave: SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII), ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES, "CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD", PATRONES FAMILIARES DE ENFERMEDAD.

SUMMARY

The present investigation was designed to study the life events in patients with irritable bowel syndrome (IBS). Fifty patients with a diagnosis of IBS were compared with fifty normal controls. All were assessed using a semistructural interview. The results indicated that IBS patients had significantly higher scores in life events perceived as negative than asymptomatic normals. Furthermore the IBS patients showed an "abnormal illness behaviour" and family patterns of illness. These factors may contribute to the development and maintenance of IBS.

Key words: IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS), STRESSFUL LIFE EVENTS, "ABNORMAL ILLNESS BEHAVIOUR", FAMILY PATTERNS OF ILLNESS.

1. INTRODUCCION

El Síndrome del Intestino Irritable (SII) es una alteración intestinal crónica caracterizada por la presencia de dolor abdominal y alteraciones en el hábito intestinal (estreñimiento o diarrea), que aparecen en ausencia de anomalías orgánicas gastrointestinales identificables. La tensión emocional tiene una influencia muy marcada sobre los síntomas que, a su vez, siguen un curso evolutivo muy variable con períodos de remisión y exacerbación (Schuster, 1989).

La incidencia es mayor en las mujeres, en una proporción de 2:1 con relación a los varones (Schuster, 1989). En niños y adolescentes el predominio de las chicas es ligeramente mayor (1,2:1) (Christensen y Mortensen, 1975).

Los pacientes con SII pueden pertenecer a cualquier grupo de edad, pero generalmente se trata de individuos jóvenes ya que la sintomatología se inicia antes de los 35 años en la mitad de los casos, con un comienzo en torno a los 20 años, y más del 50% de los pacientes tienen una edad entre los 30 y 50 años (Harvey, Mauad y Brown, 1987; Schuster, 1989).

El SII constituye el principal motivo de consulta ambulatoria de aparato digestivo, representando el 22'50% de todas las consultas realizadas a los gastroenterólogos (Harvey, Salih y Read, 1983; Switz, 1976). La prevalencia exacta del SII resulta difícil conocer dado que no es una alteración de

declaración obligatoria, no es mortal y no requiere hospitalización (por lo que no se recoge con exactitud en las estadísticas hospitalarias).

En general, se estima que los síntomas del SII se presentan en el 15-20% de los sujetos adultos aparentemente sanos, pero sólo una parte de ellos (23%-45%) consulta al médico por este motivo, según se deduce de los resultados obtenidos en estudios realizados en Inglaterra, EE.UU y Francia (Bommerlaer et al., 1986; Drossman, Sandler, Broom y MacKee, 1986; Sandler, Drossman, Nathan y McKee, 1984; Thompson y Heaton, 1980). En nuestro país los resultados son similares (Linares-Rodriguez, 1986).

El diagnóstico del SII es fácil de sospechar pero difícil de confirmar, ya que, por una parte, esta enfermedad comparte síntomas con multitud de enfermedades orgánicas, y por otra, no existen marcadores específicos que permitan un diagnóstico positivo. Por tanto, el diagnóstico del SII se formula después de haber realizado una serie de pruebas y exploraciones con el fin de excluir la presencia de una enfermedad orgánica que justifique el cuadro clínico, y la utilización del poder discriminativo de los síntomas que lo definen (Moreno-osset y Minguez, 1987).

Los principales síntomas del SII son el dolor abdominal y las alteraciones en el hábito intestinal. Estos síntomas presentan un curso evolutivo, marcado por períodos de remisión y exacerbación, que aunque es muy diferente de un sujeto a otro sigue un patrón relativamente constante en cada paciente (Murney y Winship, 1982; Schuster, 1989). Además, a estos síntomas principales puede asociarse otra sintomatología inespecífica, compuesta por síntomas intestinales y extraintestinales.

El *dolor* se localiza generalmente en la mitad inferior del abdomen, con mayor frecuencia en la fosa ilíaca izquierda, pero puede presentarse en todas las regiones abdominales e incluso en lugares extraabdominales, como en la espalda (Dawson, 1985). La intensidad del dolor es variable, pudiendo llegar a ser severo, y sus características son descritas de diversas maneras por los pacientes (dolor cólico, pesado, vago...). El dolor suele aparecer o agravarse tras la comida, a los 30-90 minutos de la misma, y mejora al ventosear o defecar, aunque a veces es constante (Snape, 1983; Whitehead y Schuster, 1985). Puede aparecer de forma aislada, pero frecuentemente se asocia a cambios en el hábito intestinal.

Manning, Thompson, Heaton y Morris (1978), definieron unas características asociadas al dolor que permiten diferenciarlo del que ocurre en enfermedades orgánicas del aparato digestivo:

1) Alivio con la deposición. 2) Asociado a deposiciones más frecuentes. 3) Asociado a deposiciones más blandas. 4) Asociado a deposiciones con moco. 5) Asociado a sensación de evacuación incompleta. 6) Asociado a distensión abdominal.

Los *cambios en el hábito intestinal* aparecen siguiendo un patrón, relativamente constante en cada paciente, que se caracteriza por la alternancia de estreñimiento y diarrea, en el que suele predominar una de ellas.

Otras molestias gastrointestinales son la distensión abdominal (presencia de inflazón o distensión abdominal, que puede ser experimentada subjetivamente u objetivamente al notar, por ejemplo, que el cinturón no puede ser abrochado de la manera habitual). Los síntomas dispépticos también suelen presentarse en pacientes con SII. Son síntomas referidos al tracto gastrointestinal superior entre los que se incluyen el dolor y/o las molestias abdominales, la sensación de plenitud postprandial, la sensación de saciedad temprana, el hinchazón abdominal, vómitos, eructos, pirosis y regurgitación sin causa orgánica evidente (Bixquert, Gilabert y Rodrigo, 1989; Richter, 1991). El origen del aumento de moco en las heces no se conoce, pudiendo llegar a ser importante este síntoma en algunos pacientes. El aumento de ruidos intestinales, el mal sabor de boca/mal aliento, la disfagia y la sensación de globo son frecuentes en estos enfermos.

Los pacientes también refieren otros síntomas somáticos no digestivos cuya fisiopatología es igualmente desconocida. Los que refieren con mayor frecuencia son la astenia, cefalea, insomnio, mareos, aumento de la frecuencia urinaria, tenesmo vesical, dismenorrea y dispareunia (Drossman, Sandler, MacKee y Lovitz, 1982; Schuster, 1989).

La etiología del SII es desconocida. Las investigaciones realizadas desde el campo de la medicina como desde la psicología en busca de un patrón de motilidad o de un perfil psicológico característico en estos pacientes, no han podido encontrar una pauta diferenciadora y específica para estos enfermos. En la actualidad, los factores psicosociales son, sin duda, los de mayor relevancia en la etiología del SII, hasta el punto que este problema es considerado como un trastorno psicofisiológico. No obstante, los pacientes con SII no muestran alteraciones psicológicas específicas lo que sugiere que estos factores pueden ocasionar los síntomas a través de los siguientes mecanismos:

1) Alteración de la motilidad colónica como causa del estrés, ya que estos sujetos refieren un mayor número de vivencias estresantes que otros pacientes con enfermedades digestivas o que los sujetos normales (Chaudhary y

Truelove, 1962; Creed, Craig y Farmer, 1988). 2) El mayor grado de neuroticismo que muestran estos enfermos al compararlos con individuos sanos (Esler y Goulston, 1973; Latimer et al., 1981), puede indicar que los síntomas reflejen una amplificación neurótica de lo que para la población general son molestias habituales. 3) La elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en los pacientes con SII es muy elevada (54-100%), siendo los diagnósticos más frecuentes la ansiedad y la depresión (Creed, Craig y Farmer, 1988; Ritcher, Obrecht, Bradley, Young y Anderson, 1986), por lo que sus molestias podrían ser un síntoma de algún trastorno psiquiátrico, fundamentalmente depresión o ansiedad. 4) Los pacientes con SII refieren mayor número de síntomas no digestivos, de enfermedades médicas leves y de consultas por estos problemas que pacientes con otras enfermedades digestivas y que los individuos sanos, lo que hace posible que el SII se deba a una "conducta anormal de enfermedad" (Fowlie, Eastwood y Ford, 1992; Smart, Mayberry y Atkinson, 1986; Switz, 1976).

2. OBJETIVOS E HIPOTESIS

En el presente trabajo pretendemos investigar algunas cuestiones que según se ha venido manteniendo en la literatura médica y psicológica, influyen de forma importante en los pacientes con síndrome del intestino irritable. A tal efecto, rastreamos en la historia biográfica de un grupo de pacientes y de un grupo de sujetos sanos, para ver si existen diferencias en cuanto a patrones familiares de enfermedad y acontecimientos vitales negativos. Desde este planteamiento proponemos la siguiente hipótesis de investigación: - Existen diferencias en acontecimientos vitales negativos y patrones familiares de enfermedad, entre pacientes con SII y controles sanos.

3. SUJETOS, METODOS, MATERIAL, PROCEDIMIENTO

3.1. Sujetos

El presente estudio se llevó a cabo con un total de 100 sujetos de ambos sexos (70 mujeres y 30 varones) distribuidos en dos muestras diferentes (experimental y control).

A) *GRUPO EXPERIMENTAL*. La muestra de estudio se compone de 50 pacientes (35 mujeres y 15 varones) diagnosticados de SII. La distribución del grupo por sexo es de un 70% de mujeres y un 30% de varones. En la distribución por edad la media del grupo es de 35.06 años, con un rango entre los 15 y 60 años, situándose el mayor porcentaje (38%) en el grupo de 20 a 30 años Respecto al estado civil, el mayor porcentaje se agrupa en la categoría de casados (60%). En el nivel de formación el mayor porcentaje lo comparten los estudios primarios y la formación profesional, ambos con un 38%. En función de la profesión el porcentaje más elevado se sitúa en la categoría de obrero cualificado (48%).

B) *GRUPO CONTROL*. Lo componen 50 sujetos (35 mujeres y 15 varones) sanos y sin antecedentes de patología orgánica o psíquica relevante. La distribución del grupo por sexo es de un 70% de mujeres y un 30% de varones. En la distribución por edad la media del grupo es de 35.86 años, con un rango entre los 15 y 60 años, situándose el mayor porcentaje (34%) en el grupo de 20 a 30 años Respecto al estado civil, el mayor porcentaje se agrupa en la categoría de casados (62%). En el nivel de formación el mayor porcentaje recae en el nivel de formación profesional, con un 30%. En función de la profesión el porcentaje más elevado se sitúa en la categoría de obrero cualificado (42%).

3.2. Métodos

A) *GRUPO EXPERIMENTAL*. La selección de la muestra tuvo lugar entre Mayo de 1989 y Marzo de 1991.

Los sujetos fueron seleccionados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Valencia y consultas de digestivo de los Centros de Especialidades de Monteolivete, Padre Porta (Valencia) y Burjasot (Valencia), por el digestólogo responsable de las mencionadas consultas y en función de los siguientes criterios:

1- Presencia positiva de los síntomas característicos.: dolor abdominal y alteraciones en el hábito intestinal. 2 -Exclusión de patología orgánica mediante pruebas radiodiagnósticas y de laboratorio. 3 - Edades comprendidas entre 15 y 60 años 4 - Ausencia de otras patologías digestivas o extradigestivas (trastorno psíquico evidente, toma crónica de fármacos que alteren la motilidad intestinal, enfermedades crónicas, etc).

B) *GRUPO CONTROL*. Se efectuó la selección de los sujetos durante el mismo período temporal que el grupo experimental, entre Mayo de 1.989 y Marzo de 1.991.

La participación en la investigación de este grupo fue voluntaria y anónima (mediante un código de identificación con 2 letras y 2 números). Se reclutaron en las mismas áreas de salud que sus homólogos experimentales, merced a la colaboración del personal sanitario de los centros (familiares y amigos residentes en el entorno próximo).

Los criterios de inclusión fueron: 1- Individuos sanos sin antecedentes de patología orgánica (médica o quirúrgica) o psíquica de importancia. 2- Equiparables en datos biográficos (sexo, edad, profesión, nivel de formación y estado civil) con el grupo experimental. 3- Procedentes de las mismas áreas de salud de las que fueron tomados los sujetos experimentales.

3.3. Material

Utilizamos una *entrevista biográfica* que fue desarrollada a partir del "cuestionario sobre la historia de la vida" (Lazarus, 1980). En su construcción, intentamos que su contenido diese cabida a las variables, que a nuestro juicio, consideramos oportunas para valorar del modo más satisfactorio la problemática que estábamos estudiando, siguiendo las pautas generales de entrevista que a tal efecto aparecen en la bibliografía.

También nos pareció oportuno tomar en consideración los acontecimientos vitales estresantes identificados por Holmes y Rhae (1967), y en España por Gonzalez de Rivera y Morera (1983). Sin embargo, dichos acontecimientos no fueron evaluados a partir de un cuestionario sino mediante la presente entrevista.

Se trata de una entrevista semiestructurada, diseñada para recoger información relacionada con las siguientes áreas:

1) *Datos Personales*: Nombre, domicilio, teléfono, edad, sexo, estado civil, profesión y estudios realizados.

2) *Datos Clínicos*: Antigüedad del SII. Antecedentes familiares de la enfermedad o patología que cursa con similares características (úlcera gastroduodenal, cólico nefrítico, pancreatitis,...) con el fin de detectar tanto una predisposición biológica como un posible aprendizaje observacional de conductas relacionadas con dicha enfermedad. Hábitos tóxicos (consumo de café, té, alcohol, tabaco, etc.) y farmacológicos que se utilizan sin indicación médica (uso de laxantes o antidiarreicos, analgésicos, tranquilizantes, etc.).

Enfermedades padecidas (somáticas o psíquicas y hospitalización o encamamiento prolongado a causa de problema de salud relevante. Número de consultas a diferentes profesionales por SII. Impedimentos y atención social motivados por la enfermedad (delegación de trabajos o responsabilidades, recibir ayuda y cuidados,...). Padecer habitualmente de insomnio o cefaleas.

3) *Area Familiar*: Carácter de las relaciones con padres y hermanos, tanto pasadas como en la actualidad. Relación entre los padres en el pasado y presente, y valoración de la atmósfera hogareña durante la infancia. Existencia de problemas familiares recientes. Presencia de enfermedades crónicas, durante la infancia del paciente, en algún miembro del entorno familiar próximo.

4) *Area Laboral*: Absentismo laboral causado por el SII.

Satisfacción/insatisfacción con el tipo de trabajo que se realiza. Quejas laborales (falta de incentivos, monotonía, sobrecarga de trabajo, turnos, salario, etc.). Conflictos con los jefes o compañeros. Dificultades económicas y aspiraciones laborales.

5) *Area Social*: Frecuencia aproximada de contactos sociales por semana, número de amigos íntimos, facilidad o dificultad para establecer relaciones sociales. Tener algún problema con algún amigo/conocido o estar fuertemente preocupado por alguna persona del entorno social (al margen de la familia).

6) *Area de Intereses y Motivaciones*: Actividades que se realizan durante el tiempo libre (estudios, deportes, aficiones). Grado de satisfacción vital, y en caso contrario a qué se atribuye. Satisfacción sexual personal.

7) *Area de Pareja*: Existencia de problemas de pareja. Calidad de la relación que actualmente se mantiene (excelente, justa o pobre). Sentimiento de estar o no enamorado de la pareja, nivel de comunicación y en qué terrenos surgen incompatibilidades (educación de los hijos, gestión económica, sexual,...). Satisfacción sexual con la pareja. Conflictos con los hijos. Hijos problemáticos (enfermedades, problemas de adaptación escolar, drogadicción,). Sentirse querido por los hijos y por la pareja. Carácter de las relaciones con la familia de la pareja.

3.4. Procedimiento

A) *GRUPO EXPERIMENTAL*. Los gastroenterólogos de los servicios mencionados más arriba, seleccionaron la muestra experimental decidiendo

la inclusión en el estudio de los pacientes que, entre los que acuden a consulta, cumplen los requisitos de admisión. Los pacientes que cumplían los criterios, y ante la ausencia de patología orgánica que mostraban análisis y exploraciones, el clínico exponía brevemente la relación entre SII y factores emocionales, sugiriendo la conveniencia de completar el estudio somático con el psicológico, lo que a su juicio, podría ser beneficioso para la evolución del trastorno. Los sujetos que aceptaban tal indicación eran remitidos al psicólogo, que los recibía en consultas externas del Servicio de Digestivo del Hospital Clínico de Valencia.

B) *GRUPO CONTROL*. La muestra del grupo control, se consiguió merced a la colaboración del personal sanitario, colegas y amigos del investigador, que habiendo sido informados de tal necesidad y de los requisitos de selección de este grupo, proporcionaron los sujetos control necesarios para el estudio. Los sujetos así preseleccionados eran enviados al servicio de consultas externas del Hospital Clínico Universitario de Valencia, donde el investigador verificaba si los sujetos remitidos reunían las condiciones de inclusión requeridas.

El pase de la entrevista fue realizado en todos los casos por el mismo psicólogo y se empleó el mismo formato de entrevista en ambos grupos, con la excepción de las cuestiones referentes al SII y su repercusión en la vida del individuo, que como es lógico solo se evaluaron en el grupo experimental. La duración media de cada entrevista fue de 90 minutos.

4. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El tratamiento estadístico a que sometimos la entrevista fue, para unas variables el análisis de los estadísticos descriptivos y en otras, realizamos un estudio comparativo (prueba "T" de student, o prueba de chi cuadrada), según los requerimientos del tipo de dato en cuestión.

4.1. Variables específicas SII

En las variables específicas para el grupo de pacientes, obtuvimos el rango, la puntuación media y la desviación típica. La tabla 1 ofrece los resultados obtenidos para este grupo de variables.

La antigüedad media del SII en la muestra total es de 5.57 años, con un rango entre 1 y 35 años. La desviación típica nos habla de una enorme variabilidad en el grupo ($DT = 7.08$). La incidencia de la frecuencia de consultas a distintos gastroenterólogos se cifra en 3.10 consultas, con un rango de 1 a 6 consultas. Los impedimentos a causa de la enfermedad, como viajar, realizar deporte, trabajar o responsabilidades domésticas, se presentan en 43 pacientes (86%), con un promedio de 2.67, y un rango entre 1 y 5 impedimentos. Reciben atención social por manifestaciones de SII 45 de los pacientes (90%), con un rango de 1 a 3 tipos de atención diferente (cuidados, atención verbal, exención de tareas, etc.) y una media de 1.71 atenciones. El absentismo laboral aparece en 22 de los pacientes (44%), con un rango entre 7 y 60 días por año y una media de 20.86 días. La variabilidad del grupo es alta en esta variable ($DT = 11.23$).

TABLA 1.- Descripción de las variables: Antigüedad del SII, consultas a distintos digestólogos, impedimentos, atención social y absentismo laboral por SII.

VARIABLE	SUJETOS	RANGO	$\bar{X}$	D.T
ANTIGÜEDAD (AÑOS)	50	1 - 35	5.57	7.08
CONSULTAS	50	1 - 6	3.10	1.07
IMPEDIMENTOS	43	1 - 5	2.67	1.63
ATENCION SOCIAL	45	1 - 3	1.71	.59
ABSENTISMO LABORAL (DIAS/AÑO)	28	7 - 60	16.39	11.23
NOTA: D.T = desviación típica				

4.2. Análisis diferencial

En las variables de la entrevista susceptibles de análisis diferencial, utilizamos las pruebas de χ^2 o "T" de student. También obtuvimos para

algunas de estas variables (las cuantitativas) el rango, la puntuación media y la desviación típica

Datos Demográficos

Al aplicar la prueba de Chi² a las variables demográficas entre los grupos de estudio (tabla 2), no aparecen diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas: sexo (1.000), edad (.677), estado civil (.977), profesión (.213), nivel de formación (.297).

TABLA 2.- Análisis diferencial (Prueba de Chi²) para los datos personales de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y control (N=50)

VARIABLE	N.S
SEXO	1.000
EDAD	.677
ESTADO CIVIL	.997
PROFESION	.213
NIVEL DE FORMACION	.297

Datos Clínicos

Las tablas 3 y 4, ofrecen los resultados del bloque de variables clínicas para ambos grupos.

En antecedentes de SII o patología similar (que cursan con dolor abdominal, como pancreatitis, úlcera gástrica o duodenal, cólico nefrítico, (variable nº 10), encontramos diferencias significativas ($p < .05$). De los 46 sujetos con antecedentes, el 60.9% pertenecen al grupo experimental aventajando así al grupo control que presenta el 39.1%.

Para hábitos tóxicos (variable nº 18), no aparece significación estadística entre los grupos (.602). La incidencia de hábitos farmacológicos no prescritos por el médico (variable nº 19), da lugar a diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < .001$). Son 37 los individuos que asienten en esta variable, y es la muestra experimental con el 73% quien con notable diferencia supera al 27% de la muestra control.

TABLA 3.- Análisis descriptivo y diferencial (Prueba "t" de Student) de las variables del área clínica, familiar y laboral de la entrevista en el grupo, experimental (N=50) y en el grupo control (N=50)

EXPERIMENTAL					CONTROL					
VAR	Nº	RANGO	$\bar{X}$	DT	Nº	RANGO	$\bar{X}$	DT	T	N.S
20	29	1 - 3	1.55	.68	26	1 - 3	1.27	.60	1.61	.113
21	11	1 - 8	2.54	2.33	14	1 - 3	1.50	.65	1.60	.122
23	19	6 - 44	17.42	12.35	16	2 - 30	10.87	8.92	1.77	.087
30	32	1 - 4	1.59	.71	33	1 - 3	1.33	.52	1.87	.066
34	37	1 - 5	1.64	1.03	33	1 - 3	1.60	.82	.19	.851
43	28	1 - 3	1.10	.41	10	1 - 2	1.10	.31	.05	.961
46	38	1 - 5	1.34	.74	40	1 - 2	1.10	.30	1.90	.062
48	17	1 - 2	1.05	.24	24	1 - 2	1.16	.38	1.03	.310

NOTA:

VAR = variable. Nº = número de sujetos. $\bar{X}$ = media. DT = desviación típica. T = prueba t. NS = nivel significación: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$. 20 = enfermedades personales. 21 = guardar cama por enfermedad (nº meses). 23 = número de días de hospitalización. 30 = enfermedades del padre. 34 = enfermedades de la madre. 43 = problemas familiares actuales. 46 = aspectos desagradables del trabajo. 48 = conflictos con los compañeros.

TABLA 4.- Análisis diferencial (Prueba de Chi ²) para el bloque de variables clínicas de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y en el grupo control (N=50)

VAR	R	EXPERIMENTAL		CONTROL		N.S
		Sujetos	%	Sujetos	%	
10	NO	22	40.7	32	59.3	.044*
	SI	28	60.9	18	39.1	
18	NO	10	55.6	8	44.4	.602
	SI	40	48.8	42	51.2	
19	NO	23	36.5	40	63.5	.000***
	SI	27	73.0	10	27.0	
20	NO	21	46.7	24	53.3	.546
	SI	29	52.7	26	47.3	
21	NO	39	52.0	36	48.0	.488
	SI	11	44.0	14	56.0	
22	NO	31	47.7	34	52.3	.529
	SI	19	54.3	16	45.7	
24	NO	20	37.7	33	62.3	.009**
	SI	30	63.8	17	36.2	
25	NO	29	40.3	43	59.7	.002**
	SI	21	75.0	7	25.0	
26	NO	17	31.5	37	68.5	.000***
	SI	33	71.7	13	28.3	

NOTA:

VAR = variable. R = respuesta. N.S = nivel de significación. 10 = antecedentes de la enfermedad o patología similar. 18 = hábitos tóxicos. 19 = hábitos farmacológicos. 20 = haber padecido enfermedad relevante. 21 = guardar cama (al menos un mes) por enfermedad. 22 = hospitalización. 24 = enfermedades psíquicas. 25 = insomnio. 26 = cefaleas. N.S: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

La experiencia de enfermedades personales relevantes (variable nº 20) como hepatitis o neumonía aparecen prácticamente en el mismo número de sujetos de cada grupo (29 experimentales y 26 controles) y con el mismo rango (entre 1 y 3), pero la media nos habla de un mayor número de patologías en el grupo experimental (1.55) que en el control (1.25). Los análisis diferenciales no presentan diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Aunque el número de sujetos que han sufrido encamamiento prolongado por enfermedad distinta del SII (variable nº 21), es similar en los dos grupos (11 experimental y 14 control), el rango es superior en el experimental (de 1 a 8) que en el control (de 1 a 3), reflejándose en las medias el mayor tiempo de encamamiento para el grupo de SII (2.54) respecto del grupo sin patología. La desviación típica, nos informa de una mayor variabilidad en los sujetos del grupo experimental (2.33) frente a los controles (.65) en esta variable. La comparación entre grupos no presenta niveles de significación estadística. Los resultados de la hospitalización (variable nº 22), tampoco muestra niveles de significación estadística (.529). En el grupo experimental se observa un mayor número de días de hospitalización (variable nº 23) que en el grupo control, con una media de 17.36 y 10.87 respectivamente. También el rango del experimental (de 6 a 44) es mayor que en el control (entre 6 y 30), no existiendo entre los grupos una diferencia notable en el número de sujetos que han sido hospitalizados (19 experimentales y 16 controles). La variabilidad es alta en ambos grupos. El análisis diferencial no da lugar a diferencias estadísticamente significativas. La estimación de enfermedades psíquicas. (variable nº 24) presenta diferencias significativas ($p < .01$). El porcentaje de sujetos es del 63.8% en el grupo de SII frente al 36.2% del grupo control, de los 47 sujetos que aparecen en esta variable.

El insomnio (variable nº 25) da lugar a significación estadística ($p < .01$). Alcanzando los mayores porcentajes el grupo experimental con un 75% y solo un 25% el grupo control, de un total de 28 sujetos que presentan el trastorno. En cuanto a cefaleas (variable nº 26), la diferencia también es significativa la comparación ($p < .001$). De los 46 individuos que las padecen, el 71.7% son sujetos experimentales y el 28.3% son control.

Area Familiar

En las tablas 3 y 5, se presentan los resultados obtenidos para el bloque de variables del área familiar.

TABLA 5 .- Análisis diferencial (Prueba de Chi²) para el bloque de variables del área familiar de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y grupo control (N=50)

VAR	EXPERIMENTAL		CONTROL		N.S
	R	Sujetos %	Sujetos %		
27	Buena Mala	37 52.1 10 40.0	34 47.9 15 60.0		.297
28	Buena Mala	19 47.5 6 30.0	21 52.5 14 70.0		.194
31	Buena Mala	39 50.6 11 52.4	38 49.4 10 47.6		.888
32	Buena Mala	28 47.5 8 53.3	31 52.5 7 46.7		.684
36	No Si	37 48.1 13 56.5	40 51.9 10 43.5		.475
37	No Si	33 45.8 17 60.7	39 54.2 11 39.3		.181
38	Buena Mala	36 50.7 13 46.4	35 49.3 15 53.6		.701
39	Buena Mala	16 43.2 6 42.9	21 56.8 8 57.1		.980
40	Feliz No feliz	42 48.3 8 61.5	45 51.7 5 38.5		.372
41	Alegre Triste	39 45.3 11 78.6	47 54.7 3 21.4		.021*
43	No Si	22 35.5 28 73.7	40 64.5 10 26.3		.000***

NOTA:

VAR = variable. R = respuesta. N.S = nivel de significación. 27 = relación padre en el pasado. 28 = relación presente con el padre. 31 = relación madre en el pasado. 32 = relación presente con la madre. 36 = tener mala relación con algún hermano en el pasado. 37 = tener mala relación con algún hermano en el presente. 38 = relación pasada entre los padres. 39 = relación presente entre los padres. 40 = infancia. 41 = atmósfera hogar parental. 43 = problemas familiares actuales. N.S: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

La relación con el padre en el pasado (variable nº 27), no presenta niveles de significación estadística entre los grupos (.297). En la relación presente con el padre (variable nº 28) tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas (.194), pero de los 20 sujetos que afirman tener una mala relación, el 70% pertenecen al grupo control y solo el 30% al experimental.

La incidencia de enfermedades paternas (variable nº 30) las presentan casi el mismo número de individuos en ambos grupos (32 experimental y 33 control), con un rango de 1 a 4 en experimental y entre 1 y 3 para control, siendo la media de enfermedades más elevada en el grupo de SII (1.59) que en el de sujetos sanos (1.33). El análisis diferencial no presenta niveles de significación estadística entre grupos. Para la relación con la madre en el pasado (variable nº 31), no se hallan diferencias significativas (.888), y lo mismo ocurre con la relación en el presente (variable nº 32) donde tampoco encontramos diferencias significativas entre grupos (.684).

En cuanto a las enfermedades maternas (variable nº 34), aparecen en mayor número de pacientes (37) que en sujetos sanos (33), también el rango es más amplio para los pacientes que en los controles (entre 1 y 5, y de 1 a 3 respectivamente), mostrándose prácticamente iguales las medias de enfermedades en los dos grupos (1.64 experimental y 1.60 control). No aparecen diferencias significativas entre ambas submuestras. La comparación de la variable tener una mala relación con los hermanos en el pasado (variable nº 36), no presenta niveles de significación estadística (.475). En cuanto a tener mala relación en el presente (variable nº 37), de los 38 individuos que responden, el 60.7% corresponden al grupo de pacientes y el 39.3% al grupo control, diferencia apreciable aunque sin llegar a ser estadísticamente significativa (.181).

Respecto a la relación entre los padres en el pasado (variable nº 38), la comparación entre grupos no muestra significación estadística (.701); y tampoco alcanza niveles de significación la relación presente (.980). El definir la infancia como feliz o no feliz (variable nº 40), no da lugar a diferencias estadísticamente significativas cuando comparamos ambas muestras (.372). En la valoración del clima del hogar parental (variable nº 41), encontramos diferencias significativas ($p < .05$), y de los 14 sujetos que lo definen como triste, el 78.6% son experimentales y el 21.4% restante controles.

La incidencia de problemas familiares actuales (variable nº 43), acontecen en mayor número de sujetos experimentales (28) y con un rango más amplio (entre 1 y 3) que en los controles, donde los mencionados problemas los

presentan 10 personas con un rango entre 1 y 2. El análisis de χ^2 presenta significación estadística entre los grupos ($p < .001$), donde de un total de 38 individuos que reconocen la existencia de tales conflictos, el 73.7% pertenecen al grupo experimental y el 26.3% al grupo control.

Area Laboral

En la tabla 3 y 6, se pueden apreciar los resultados de las variables del área laboral.

La satisfacción laboral (variable nº 45) muestra niveles de significación estadística ($p < .001$), presentándose en el grupo de pacientes el 81% de insatisfechos, en tanto que para el grupo de sanos es del 19%. En relación a los aspectos desagradables del trabajo (variable nº 46), el número de sujetos es parecido en ambos grupos (38 experimentales y 40 controles) y el rango mayor en experimental (de 1 a 5) que en control (entre 1 y 2), y en la media de estos aspectos saca ventaja el grupo experimental con 1.52 al control con 1.10. En esta variable no se obtienen diferencias significativas entre los grupos.

Es superior el número de personas que presentan problemas con los compañeros de trabajo (variable nº 48) entre los sujetos control (24) que entre los experimentales (17), los rangos son iguales para ambas muestras (de 1 a 2), y la media de estos conflictos es ligeramente más elevada en los controles (1.16) que en los experimentales (1.05). Tampoco aquí encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas submuestras. Con relación al salario (variable nº 51), los grupos no difieren significativamente (.537).

En problemas económicos (variable nº 52) observamos diferencias entre los grupos. De los 21 individuos que afirman tenerlos, el 66.7% pertenecen al grupo de SII y el restante 33.3% son grupo control, aunque tal diferencia no llega a ser significativa (.085). La estimación de problemas laborales (variable nº 53) da lugar a diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < .05$), y de 34 personas con estos problemas, la muestra experimental con el 67.6% es quien supera a la control que presenta un 32.4%. Respecto de las aspiraciones de trabajo (variable nº 54), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (.831).

TABLA 6 .- Análisis diferencial (prueba de Chi ²) para el bloque de variables del área laboral de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y el grupo control (N=50)

VAR	R	EXPERIMENTAL		CONTROL		N.S
		Sujetos	%	Sujetos	%	
45	NO	17	81.0	4	19.0	.001***
	SI	33	41.8	46	58.2	
46	NO	12	54.5	10	45.5	.629
	SI	38	48.7	40	51.3	
48	NO	17	51.5	16	48.5	.388
	SI	17	41.5	24	58.5	
51	Bien	16	41.0	23	59.0	.537
	Poco	15	48.4	16	51.6	
52	NO	36	45.6	43	54.4	.085
	SI	14	66.7	7	33.3	
53	NO	27	40.9	39	59.1	.011*
	SI	23	67.6	11	32.4	
54	Conforme	17	51.5	16	48.5	.831
	Cambiar	33	49.3	34	50.7	

NOTA:

VAR = variable. R = respuesta. N.S = nivel de significación. 45 = satisfacción laboral. 46 = aspectos desagradables del trabajo. 48 = conflictos compañeros. de trabajo. 51 = salario. 52 = problemas económicos. 53 = problemas laborales. 54 = aspiraciones de trabajo. N.S: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Area Social y de Intereses/Motivaciones

Los resultados del análisis de estas áreas se muestran en las tablas 7 y 8.

TABLA 7 .- Análisis y diferencial (prueba “t” de Student) de las variables del área social, de intereses/motivaciones y pareja/hijos de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y el grupo control (N=50)

VAR	Nº	EXPERIMENTAL			Nº	CONTROL			T	N.S
		RANGO	$\bar{X}$	DT		RANGO	$\bar{X}$	DT		
55	50	1 - 5	1.70	1.07	50	1 - 6	2.16	1.16	2.05	.043*
58	37	1 - 5	2.10	1.12	36	1 - 7	2.50	1.32	1.37	.176
62	38	1 - 3	1.28	.51	20	1 - 2	1.10	.30	1.51	.138
63	43	1 - 4	2.20	.94	48	1 - 5	2.12	1.08	.39	.694
65	47	1 - 4	1.48	.74	35	1 - 2	1.20	.40	2.07	.042*
71	32	1 - 3	1.56	.66	38	1 - 4	1.47	.86	.47	.637
75	15	1 - 3	1.33	.61	8	1 - 2	1.12	.35	.88	.391

NOTA:

VAR = variable. Nº = número de sujetos. $\bar{X}$ = media. DT =desviación típica. T = prueba t. NS = nivel significación: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .00155$ = contactos sociales/semana. 58 = amigos Íntimos. 62 = personas del entorno social motivo de preocupación. 63 = intereses y aficiones. 65 = insatisfacción personal. 71 = incompatibilidades con la pareja. 75 = hijos con problemas.

Los contactos sociales (variable nº 55) muestran un mayor rango en el grupo control (de 1 a 6) que en el de pacientes (de 1 a 5), y también la media de estos contactos es superior en las personas control (2.16) que en las enfermas. La prueba “T”, nos informa de diferencias significativas entre los grupos ($p < .05$). En la variable que evalúa la dificultad para establecer relaciones sociales (variable nº 56) vemos que aparecen diferencias entre los dos grupos de estudio, si bien, estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas (.154). Así, de 41 personas que exponen esta dificultad, un 58.5% pertenecen al grupo experimental y el 41.5% restante al control.

TABLA 8 .- Análisis diferencial (prueba de Chi ²) para el bloque de variable del área social y de intereses/motivaciones de la entrevista en grupo experimental (N=50) y control (N=50)

		EXPERIMENTAL		CONTROL		
VAR	R	Sujetos	%	Sujetos	%	N.S
56	NO	26	44.1	33	55.9	.154
	SI	24	58.5	17	41.5	
58	NO	13	48.1	14	51.9	.821
	SI	37	50.7	36	49.3	
61	NO	13	29.5	31	70.5	.000***
	SI	37	66.1	19	33.9	
65	NO	47	57.3	35	42.7	.001***
	SI	3	16.7	15	83.3	
66	NO	20	69.0	9	31.0	.015*
	SI	30	42.3	41	57.7	
NOTA:						
VAR = variable. R = respuesta. N.S = nivel de significación. 56 = dificultad para establecer relaciones sociales. 58 = tener amigos íntimos. 61 = estar fuertemente preocupado por alguien. 65 =satisfacción personal. 66 = satisfacción sexual. N.S: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$						

El número de personas con amigos Íntimos. (variable nº 58) es equivalente en los dos grupos (37 experimentales y 36 controles). El rango es mayor en los controles (entre 1 y 7) que en los experimentales (entre 1 y 5), y en la media de amigos el grupo control (2.50) supera al experimental (2.10). Las amistades íntimas se revelan similares en ambas muestras, por lo que su comparación no ofrece diferencias significativas.

El estar fuertemente preocupado por alguien (variable nº 61) presenta diferencias significativas ($p < .001$), y estas diferencias cargan sobre el grupo de pacientes con un 66.1% frente al 33.9% del grupo control, de un total de 56 personas que así se declaran en esta variable.

El número de sujetos fuertemente preocupados por alguna persona allegada con algún problema (variable nº 62), en el grupo experimental es de 38, con un rango entre 1 y 3 preocupaciones y una media de 1.28; siendo de menor cuantía estos datos en el grupo control, donde aparecen 20 individuos con un rango entre 1 y 2 preocupaciones y una media de 1.10. No dando lugar la comparación entre grupos a diferencias estadísticamente significativas.

Los intereses y aficiones (variable nº 63) se dan en mayoría entre las personas sanas y con un rango más amplio que entre los pacientes; siendo 48 los controles con un rango entre 1 y 5, frente a 43 experimentales con un rango de 1 a 4. Respecto a la diferencia de medias entre los dos grupos, como se puede apreciar son de escasa consideración (2.20 en experimental y 2.12 en control). No aparecen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en este caso. La insatisfacción personal (variable nº 65) acontece en 47 individuos del grupo de pacientes, con un rango de 1 a 4 y una media de 1.51, apareciendo en menor número de sujetos sanos (35), con un rango más reducido (de 1 a 2) y una media inferior (1.20). La prueba "T" nos muestra diferencias significativas entre grupos ($p < .05$), y también Chi² presenta significación estadística ($p < .001$), alcanzando el mayor porcentaje el grupo experimental con un 57.3% frente al 42.7% del grupo control de los 82 individuos que responden negativamente a la pregunta.

En cuanto a la satisfacción sexual (variable nº 66), es estadísticamente significativa la comparación ($p < .05$). Siendo 29 los sujetos que declaran no estar satisfechos, de los cuales el 69% son experimentales y el 31% controles.

Area Pareja/Hijos

En las tablas 7 y 9, se presentan los resultados para el bloque de variables del área pareja/hijos en ambas muestras.

La incidencia de problemas de pareja (variable nº 67) presenta diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < .05$). De las 18 personas que reconocen tener este tipo de inconvenientes, un 72% pertenecen al grupo control y el 27.8% restante al experimental.

Respecto a la calidad de la relación actual con la pareja (variable nº 68), el análisis no presenta diferencias significativas entre las muestras (.215). Tampoco aparece significación estadística (.807) respecto al hecho de estar

enamorado de la pareja (variable nº 69), y lo mismo ocurre con el nivel de comunicación con la pareja (variable nº 70), donde no encontramos diferencias significativas (.762).

TABLA 9.- Análisis diferencial (Prueba de Chi ²) para el bloque de variables del área pareja/hijos de la entrevista en el grupo experimental (N=50) y control (N=50)

VAR	R	EXPERIMENTAL		CONTROL		N.S
		Sujetos	%	Sujetos	%	
67	NO	41	56.2	32	43.8	.030*
	SI	5	27.8	13	72.2	
68	Buena	37	52.9	33	47.1	.215
	Pobre	7	36.8	12	63.2	
69	NO	6	54.5	5	45.5	.807
	SI	40	50.6	39	49.4	
70	Bueno	35	51.5	33	48.5	.762
	Malo	11	47.8	12	52.2	
71	NO	14	66.7	7	33.3	.092
	SI	32	45.7	38	54.3	
72	NO	14	73.7	5	26.3	.023*
	SI	32	44.4	40	55.6	
74	NO	22	52.4	20	47.6	.898
	SI	6	54.5	5	45.5	
75	NO	12	41.4	17	58.6	.087
	SI	15	65.2	8	34.8	
78	Mala	10	62.5	6	37.5	.243
	Buena	31	46.3	36	53.7	

NOTA:

VAR = variable. R = respuesta. N.S = nivel de significación. 67 = problemas de pareja. 68 = relación actual con la pareja. 69 = estar enamorado de la pareja. 70 = nivel de comunicación pareja. 71 = incompatibilidades con pareja. 72 = satisfacción sexual con pareja. 74 = conflictos hijos. 75 = hijos con problemas. 78 = relación con familia de pareja. N.S: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

En cuanto a incompatibilidades con la pareja (variable nº 71), está por encima el grupo control con 38 sujetos y un rango entre 1 y 4, presentándose tales incompatibilidades en 32 personas del grupo experimental con un rango de 1 a 3. La diferencia de medias no reviste importancia (1.56 en experimental y 1.47 en control). Los análisis diferenciales no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

La satisfacción sexual con la pareja (variable n++ 72) se revela significativa ($p < .05$), y de un total de 19 personas insatisfechas el 73% pertenecen al grupo experimental y el 26.3% al control. La estimación de conflictos con los hijos (variable n++ 74) no alcanza significación estadística (.898).

Los hijos con problemas de índole física o psíquica (variable n++ 75), se presentan en mayor número en el grupo de SII, donde aparecen en 15 pacientes con un rango de 1 a 3 y una media de 1.33, en tanto que en la muestra sana solo aparecen en 8 individuos con un rango de 1 a 2 y una media de 1.12. Los análisis diferenciales no muestran niveles de significación estadística en esta variable. Respecto a la relación con la familia de la pareja (variable n++ 78) los grupos no difieren significativamente (.243). Sin embargo, de las 16 personas que refieren una mala relación, el 62.5% corresponde al grupo experimental y el restante 37.5% al grupo control.

4.3. Perfil tentativo del SII

Atendiendo a los resultados obtenidos en las distintas ++áreas de la entrevista y en base a las variables en las que hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre grupos, podemos establecer un perfil tentativo de la patología que nos ocupa. De esta manera, los individuos con SII se caracterizan por una mayor incidencia de:

Area Clínica

- Antecedentes familiares de SII o patología relacionada con dolor abdominal.
- Hábitos farmacológicos.
- Trastornos psicológicos (ansiedad y depresión).
- Insomnio.
- Cefaleas.

Area Familiar

- Conflictos familiares.

- Describen un triste ambiente hogareño en su infancia.

Area Laboral

- Insatisfacción laboral.
- Conflictos laborales.

Area Social

- Intereses/Motivaciones
- Escasez de contactos sociales.
- Descontento personal.
- Insatisfacción sexual personal.
- Preocupaciones afectivas.

Area Pareja/Hijos

- Insatisfacción sexual con la pareja

5. DISCUSION

Nuestros resultados, atendiendo a las *variables específicas* evaluadas en la muestra de SII (años de evolución, consultas a gastroenterólogos, impedimentos a causa de la enfermedad, recibir atención social por manifestaciones del SII y absentismo laboral), ponen de manifiesto la escasa eficacia de los tratamientos farmacológicos al uso, y esto, por dos razones: a) los años de padecimiento del trastorno de la muestra de pacientes. b) a pesar de que estos pacientes acuden con elevada frecuencia al digestólogo y se les prescriben fármacos.

De lo anterior se desprende, en primer lugar, el gasto público que ocasiona el elevado número de consultas y de pruebas complementarias que lleva implícito el diagnóstico de exclusión, además del incremento en el volumen de trabajo de los profesionales. En segundo lugar, los problemas que en el propio paciente y en su entorno social genera la patología tanto por los impedimentos que provoca en el enfermo como por las atenciones y cuidados que los demás le prestan, además de la preocupación que origina en ambos; derivando todo ello en una merma de la calidad de vida. Y por último, el perjuicio laboral que se deriva del elevado índice de absentismo.

Asimismo, nuestros datos nos informan de una mayor incidencia de enfermedades en la biografía del individuo en el grupo de pacientes (hepatitis, neumonía apendicitis, etc.), además de un tiempo medio de encamamiento, como consecuencia de éstas, más prolongado.

La hospitalización y la estancia hospitalaria son más elevadas en el grupo de SII, asimismo, encontramos que la incidencia de enfermedades paternas es superior en este grupo.

De igual modo, los problemas familiares son más comunes y refieren un mayor número de molestias laborales los pacientes; por el contrario, presentan menos conflictos con los compañeros de trabajo que el grupo de individuos sanos.

La vida social aparece más restringida en el grupo de pacientes, con menos contactos sociales y un menor número de amistades. A su vez, expresan más preocupaciones afectivas y gozan de menos intereses y aficiones.

También, son las personas del grupo de pacientes quienes relatan un mayor número de insatisfacciones personales, muestran más incompatibilidades con la pareja y tienen más hijos con problemas que las del grupo control.

Respecto al análisis de las diferencias entre grupos, encontramos que el grupo de pacientes supera de forma estadísticamente significativa al grupo sano en los siguientes aspectos:

Del área clínica en antecedentes familiares de la enfermedad (SII o patología que cursa con dolor abdominal, como úlcera gástrica, cólico nefrítico, pancreatitis, etc.). Hábitos farmacológicos sin prescripción facultativa, fundamentalmente analgésicos y tranquilizantes. Trastornos psicológicos (ansiedad y depresión). Insomnio y cefaleas.

Del área familiar: en problemas familiares actuales (enemistad con hermanos, enfermedad familiar grave, drogodependencias y serios problemas económicos y laborales), y en definir como triste la atmósfera hogareña en su infancia.

Del área laboral: en insatisfacción laboral (trabajo rutinario, falta de incentivos y escasa remuneración), y en conflictos laborales, principalmente la mala relación con los jefes, contratos temporales y sobrecarga de trabajo.

Del área social y de intereses/motivaciones: en descontento personal (sentirse fracasado, ser poco inteligente, ser un enfermo); insatisfacción sexual (falta de relaciones sexuales, problema sexual o falta de interés por el sexo); y preocupaciones afectivas, cuyo foco es cualquier ser querido del entorno social del individuo, y que provocan un marcado malestar en el sujeto.

Del área pareja/hijos: en insatisfacción sexual con la pareja. Por el contrario, solamente en problemas de pareja (falta de afecto, infidelidad, falta

de comunicación, etc.) ventaja de forma estadísticamente significativa el grupo control al experimental.

Aunque el SII no es una patología grave, como podemos observar es muy perturbadora. Vemos como está afectando muchas áreas de la vida del paciente, provocando alteraciones del medio ambiente familiar, social, laboral, etc.

En líneas generales, hemos encontrado en nuestros pacientes factores que quizás pueden haber contribuido y estar contribuyendo al surgimiento y mantenimiento del SII, como son los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y en la actualidad, patrones familiares de enfermedad, reiterada búsqueda de atención médica y una "conducta anormal de enfermedad" (Pilowsky, 1975).

Estos resultados coinciden con los que mayoritariamente encontramos en la literatura, que nos hablan de patrones familiares de enfermedad (Sammons y Karoly, 1987; Wender, Palmer, Herbst y Wender, 1976); de un mayor número de acontecimientos vitales negativos en la infancia de los pacientes (Drossman, 1990; Lowman, Drossman, Cramer y McKee, 1987) y del mismo modo, una mayor presencia de estos acontecimientos negativos en el momento en que comenzamos la investigación (Corney y Stanton, 1990; Dinan et al., 1991); de la búsqueda de atención médica característica de estos pacientes (Enck et al., 1989; Richter et al., 1986); así como la presencia de una conducta anormal de enfermedad que perturba significativamente la rutina habitual del individuo, su actividad profesional, sus actividades sociales habituales o sus relaciones con los demás (Fowlie et al., 1992; Smith et al., 1990).

Vemos pues, cómo los resultados obtenidos en el análisis de la entrevista ponen de manifiesto las importantes diferencias encontradas en distintas variables psicosociales relacionadas con el SII. Resultados que, por otra parte, corroboran los encontrados en la literatura existente sobre el tema.

6. BIBLIOGRAFIA

- Bixquert, M., Gilabert, M.S. y Rodrigo, J.M. (1989). Dispepsia no ulcerosa. Problemas conceptuales, diagnósticos y terapéuticos. *Gastroenterología y hepatología*, 12 (supl. 1), 58-71.
- Bommerlaer, G., Rouch, M., Dapoigny, M., Pais, D., Loisy, P.; Gualino, M. y Tournut, R. (1986). Epidémiologie des troubles fonctionnels intestinaux dans une

- population apparemment saine. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 10, 7-12.
- Chaudhary, N.A. y Truelove, S.C. (1962). The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisposing causes, and prognosis in 130 cases. *Quarterly Journal of Medicine*, 31, 307-323.
- Christensen, M.F. y Mortensen, O. (1975). Long term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Archives of Disease in Childhood*, 50, 110-114.
- Corney, R.H. y Stanton, R. (1990). Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 483-491.
- Creed, F., Craig, T. y Farmer, R. (1988). Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. *Gut*, 29, 235-242.
- Dawson, A.M. (1985). Origin of pain in the irritable bowel syndrome''. En N. W. Read, *Irritable bowel syndrome* (pp. 155-162). London: Grune and Stratton. 155-162.
- Dinan, T.G., O'Keane, V., O'Boyle, C., Chua, A. y Keeling, P.W. (1991). A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 26-28.
- Drossman, D.A. (1990). Personality and psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Clinical Biological*, 14, 49-53.
- Drossman, D.A., Sandler, R.S., Broom, C.M. y McKee, D.C. (1986). Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction. *Digestive Disease Science*, 31, 1221-1225.
- Drossman, D.A., Sandler, R.S., McKee, D.C. y Lovitz, A.J. (1982). Bowel patterns among subjects not seeking health care. *Gastroenterology*, 83, 529-534.
- Enck, P., Holtkotter, B., Whitehead, W.E., Schuster, M.M. y Wienbeck, M. (1989). Clinical symptoms, psychopathology and intestinal motility in patients with irritable bowel. *Gastroenterology*, 27, 357-361.
- Esler, M.D. y Goulston, K.J. (1973). Levels of anxiety in colonic disorders. *New England Journal of Medicine*, 228, 16-20.
- Fowle, S., Eastwood, M.A. y Ford, M.J. (1992). Irritable bowel syndrome: the influence of psychological factors on the symptom complex. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 169-173.
- Gonzalez de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales. Adaptación española de la escala de Holmes y Rhae. *Psiquis*, 1, 20-25.
- Harvey, R.F., Manuad, E.C. y Brown, A.M. (1987). Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet*, 1, 963-965.
- Harvey, R.F., Salih, S.Y. y Read, A.E. (1983). Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet*, 1, 632-634.
- Holmes, T. y Rhae, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Latimer, P.R., Sarna, S.; Campbell, D.; , M., Waterfall, W. y Daniel, E.E. (1981). Colonic motor and myoelectrical activity: a comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, **80**, 893-901.
- Lazarus, A.A. (1980). *Terapia conductista: técnicas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Linares-Rodríguez, A. (1986). *Síndrome del intestino irritable: Estudio epidemiológico, clínico y pronóstico*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- Lowman, B.C., Drossman, D.A., Cramer, E.M. y McKee, D.C. (1987). Recollection of childhood events in adults with irritable bowel syndrome. *Journal of clinical gastroenterology*, **9**, 324-330.
- Manning, A.P., Thompson, W.G., Heaton, K.W. y Morris, A.F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal*, **2**, 653-654.
- Moreno-Osset, E. y Minguez, M. (1987). Síndrome del intestino irritable. Estudios del sigma, recto y canal anal. *Boletín de la Asociación Española de Coloproctología*, **1**, 23-30.
- Murney, R.G. y Winship, D.H. (1982). The irritable colon syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, **11**, 563-592.
- Pilowsky, I. (1975). Dimensions of abnormal illness behavior. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **9**, 141-147.
- Richter, J.E. (1991). Organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, **26** (suppl.182), 11-16.
- Richter, J.E., Obrecht, W.F., Bradley, L.A., Young, L.D. y Anderson, K.O. (1986). Psychological comparison of patients with nutcracker esophagus and irritable bowel syndrome. *Digestive Disease Science*, **31**, 131-138.
- Sammons, M.T. y Karoly, P. (1987). Psychosocial variables in irritable bowel syndrome: A review and proposal. *Clinical Psychology Review*, **7**, 187-204.
- Sandler, R.S., Drossman, D.A., Nathan, H.P. y McKee, D.C. (1984). Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, **87**, 314-318.
- Schuster, M.M. (1989). Irritable bowel syndrome. En M.H. Sleisenger y J.S. Fordtran (eds.), *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management* (pp.1492-1418). Philadelphia: WB Saunders Co.
- Smart, H.L., Mayberry, J.F. y Atkinson, M. (1986). Alternative medicine consultations and remedies in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*, **27**, 826-828.
- Smith, R.C., Greenbaum, D.S., Vancouver, J.B., Henry, R.C., Reinharth, M.A., Greenbaum, R.B., Dean, H.A. y Mayle, J.E. (1990). Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, **98**, 293-301.

- Snape, W.J. (1983). Chronic abdominal pain and functional gastrointestinal disease. En S. Cohen (ed.), *Clinical Gastroenterology. A problem-oriented approach* (pp.39-53). New York: John Wiley and Sons.
- Switz, D.M. (1976). What the gastroenterologist does all day. *Gastroenterology*, 70, 1048-1050.
- Thompson, W.G. y Heaton, K.W. (1980). Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology*, 79, 283-288.
- Wender, E.H., Palmer, F.B., Herbst, J.J. y Wender, P.H. (1976). Behavior characteristics of children with chronic nonspecific diarrhea. *American Journal of Psychiatry*, 133, 20-25.
- Whitehead, W. E. y Schuster, M.M. (1985). *Gastrointestinal disorders. Behavioral and physiological basis for treatment*. Orlando: Academic Press.